

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL: .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

*(proszę zaznaczyć właściwe stwierdzenie x oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):*

Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu – ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli w uchu lepszym:

	TAK
	NIE

....., dnia .....

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

