

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

....., dnia

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. Opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności

.....
.....

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

Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym:

☐ tak

☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)