

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)