

.....  
**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

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką:

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent ma:

a) ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db):

☐ TAK

☐ NIE

b) ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db):

☐ TAK

☐ NIE

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

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)