

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

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obu uszu

b) ubytek słuchu Pacjenta wynosi **powyżej 70 decybeli (db)**:

tak       nie

c) pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

.....dnia .....

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza