

.....
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 ubytek słuchu:

w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli: tak nie

w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli: tak nie

....., **dnia**

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu