

.....
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**