

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **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:

Pacjent ma ubytek słuchu: ☐ nie dotyczy

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

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

( miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza  
specjalisty