

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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*

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

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

inna dysfunkcja ucha lewego

inna dysfunkcja ucha prawego

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza