

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

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 lub badania stwierdza się, że Pacjent

- ☐ nie posiada dysfunkcji narządu słuchu
☐ posiada dysfunkcję narządu słuchu, co oznacza, że ubytek słuchu wynosi:

☐	mniej niż 70 decybeli (db) w uchu lepszym
☐	więcej niż 70 decybeli (db) w uchu lepszym
☐	posiada inną dysfunkcję narządu słuchu

....., dnia
(miejscowość) **(data)**

.....
pieczętka i podpis lekarza