

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

.....
(miejscowość i data)

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:

<input type="checkbox"/>	mniej niż 70 decybeli (db) w uchu lepszym
<input type="checkbox"/>	więcej niż 70 decybeli (db) w uchu lepszym
<input type="checkbox"/>	posiada inną dysfunkcję narządu słuchu

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza