

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

.....  
(miejsowość i data)

## 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:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

- jednego ucha  
 obu uszu

b) ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym:

- tak     nie

c) Pacjent ma ubytek słuchu:

- w uchu lewym ..... db  
 w uchu prawym ..... db

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

(miejsowość )

(data)

.....

(pieczętka, nr\_ i podpis lekarza)