

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

.....
(miejscowość 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 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)
<input type="checkbox"/>	więcej niż 70 decybeli (db)
<input type="checkbox"/>	posiada inną dysfunkcję narządu słuchu

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza