

.....  
**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) 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