

.....

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## 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:

**u Pacjenta w uchu lepszym występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli**

TAK

NIE

....., dnia ..... r

miejsowość

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza