

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

**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 .....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje (proszę  
zakreślić właściwe pole):**

**ubytek słuchu w uchu lepszym powyżej 70 decybeli (db),**

**inna dysfunkcja narządu słuchu:**

.....

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

miejsceowość

data

.....

pieczętka, podpis lekarza specjalisty