

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A4)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że:

U Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym:

TAK

NIE

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty