

.....
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 oraz właściwie zaznaczyć**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

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

TAK

NIE

b) U Pacjenta występują trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

TAK

NIE

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty