

.....

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

**Pieczętka** 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

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

Pacjent w uchu lepszym ma ubytek słuchu:

nie dotyczy

poniżej 70 decybeli (db)

powyżej 70 decybeli (db)

.....

**pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty**