

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

....., dnia

## 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy ( proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką ) :
  - ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
  - ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)
  - inna dysfunkcja ucha lewego
  - inna dysfunkcja ucha prawego

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętąka, nr i podpis lekarza