

.....  
Pieczęć placówki ochrony zdrowia  
lub praktyki lekarskiej

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

### 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 ubytek słuchu:

w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli:  tak  nie

w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli:  tak  nie

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

(miejscowość )

(data)

.....

podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

**Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu**