

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
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)

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza

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