

.....
Pieczęć 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:

Pacjent ma ubytek słuchu: ☐ *nie dotyczy*

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza