

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. Adres Pacjenta .....

3. PESEL .....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent ma ubytek narządu słuchu:

prawostronny

lewostronny

5. Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu lewym powyżej 70 db       TAK       NIE

w uchu prawym powyżej 70 db       TAK       NIE

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_i podpis lekarza specjalisty