

.....
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 lub badania stwierdza się, że u Pacjenta (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

1.	<input type="checkbox"/>	występuje dysfunkcja narządu słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu lewym wynosi powyżej:decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu prawym wynosi powyżej:decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/>	występuje inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/>	występuje inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
2.	<input type="checkbox"/>	brak jest dysfunkcji narządu słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

(pieczętka, nr_i podpis lekarza)