

.....  
**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 .....

(miejsce)

(data)

(pieczętka, nr\_i podpis lekarza)