

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dniar.

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

1.	☐	występuje dysfunkcja narządu słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
	☐	ubytek słuchu w uchu lewym wynosi powyżej:decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
	☐	ubytek słuchu w uchu prawym wynosi powyżej:decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
	☐	występuje inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
	☐	występuje inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
2.	☐	brak jest dysfunkcji narządu słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

(pieczętka, nr_i podpis lekarza)