

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

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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu: *nie dotyczy*

w uchu lewym: decybeli (db)

w uchu prawym: decybeli (db)

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr_i podpis lekarza