

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

.....,  
dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wystawione przez lekarza specjalistę**

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 stwierdza się, że ubytek słuchu kształtuje się na poziomie powyżej 70 decybeli w uchu lepszym (zaznaczyć „x” właściwe)

TAK

NIE

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczęć, nr\_ i podpis lekarza specjalisty