

.....
Pieczęć placówki ochrony zdrowia
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 stwierdza się, że ubytek słuchu:

w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli: tak nie

w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

**Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie jest wydane z innego powodu
niż dysfunkcja narządu słuchu**