

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej....., dnia  
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

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

**u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.**

☐

tak

☐

nie

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

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza