

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” (Obszar A Zadanie 4, Obszar B Zadanie 4)

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta
PESEL
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że u Pacjenta występują
(**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

☐	ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	inna dysfunkcji ucha lewego	
☐	inna dysfunkcji ucha prawego	
☐	trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	