

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach  
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):**

<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcji ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcji ucha prawego	
<input type="checkbox"/>	trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	