

.....
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):

<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	