

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
.....dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B4)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	