

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 pacjent posiada ubytek słuchu (właściwie zaznaczyć):

- ubytek słuchu w uchu lepszym powyżej 70 decybeli (db)

TAK  NIE

.....  
Pieczątką i podpis  
lekarza specjalisty