

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia** .....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu**

**„Aktywny samorząd” (A4)**

*- 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 (właściwe zaznaczyć):

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

TAK  NIE

.....

Pieczętka i podpis  
lekarza specjalisty