

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania s twierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy y:

	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)
	Inna dysfunkcja ucha lewego
	Inna dysfunkcja ucha prawego

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza