

.....  
**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