

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Pacjent ma ubytek słuchu:  *nie dotyczy*

poniżej 70 decybeli (db)

powyżej 70 decybeli (db)

.....  
**pieczętka, nr i podpis lekarza**