

.....
Stempel 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)

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

Pouczenie: Zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż 120 dni przed złożeniem wniosku jest ważne