

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL** .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

**u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.**

tak       nie

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęćka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty