

.....  
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

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

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

tak       nie

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_i podpis lekarza