

.....  
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*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ):

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

**W przypadku dysfunkcji obydwu uszu, proszę wpisać wartości dla każdego ucha:**

b) Pacjent ma ubytek słuchu:  *nie dotyczy*

w uchu lewym: ..... decybeli

w uchu prawym: ..... decybeli

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza