

..... dnia .....

**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 .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:  
dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

ucha prawego – ubytek słuchu.....decybeli

ucha lewego – ubytek słuchu.....decybeli

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

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza