

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

.....  
(data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim  
(osoby z dysfunkcją narządu słuchu)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

☐ jednego ucha

☐ obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db): ☐ nie dotyczy

☐ w uchu lewym

☐ w uchu prawym

c) Pacjent ma ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db): ☐ nie dotyczy

☐ w uchu lewym

☐ w uchu prawym

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)