

....., 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
PESEL
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz
potwierdzić podpisem i pieczętą)

Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db)	TAK	<input type="checkbox"/>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	NIE	<input type="checkbox"/>	
Trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	TAK	<input type="checkbox"/>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	NIE	<input type="checkbox"/>	

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętąka, nr i podpis lekarza