

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy o wypełnienie czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL .....
3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja narządu słuchu polegająca na ..... .....	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczętka, nr i podpis lekarza

.....

Miejscowość i data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza specjalisty