

.....
*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. Rozpoznanie (opis rodzaju schorzenia) :

.....
.....
.....

4. Potwierdzam, iż u pacjenta występuje ubytek słuchu w uchu lepszym powyżej 70 decybeli

(wpisać słownie **tak** lub **nie**)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę!

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku