

.....  
*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 słuch 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