

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki  
 zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

## 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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania 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 specjalisty |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)           | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| <input type="checkbox"/> | Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy         | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja narządu słuchu:.....<br>.....<br>.....<br>..... | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |

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

.....  
 pieczętka, nr i podpis **lekarza specjalisty**