

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

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

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