

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(od lekarza specjalisty)

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** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym  w uchu prawym

c) Pacjent ma ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db):  nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

..... dnia .....  
miejsowość

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