

....., dnia

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
PESEL
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz
potwierdzić podpisem i pieczętąką)

| | | | |
|--|-----|--------------------------|---------------------------------|
| Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) | TAK | <input type="checkbox"/> | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| | NIE | <input type="checkbox"/> | |
| Trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy | TAK | <input type="checkbox"/> | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| | NIE | <input type="checkbox"/> | |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętąka, nr_ i podpis lekarza