

.....  
**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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

- jednego ucha  
 obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu:  *nie dotyczy*

- w uchu lewym: ..... decybeli (db)  
 w uchu prawym: ..... decybeli (db)

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- tak       nie

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

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