

.....  
**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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy :

ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)

ubytek słuchu w uchu lewym, poniżej 70 decybeli (db)

ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)

ubytek słuchu w uchu prawym, poniżej 70 decybeli (db)

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę!**