

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B4)
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub przeprowadzonego badania stwierdza się, że u Pacjenta, **w uchu lepszym**, występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db)

TAK ☐ NIE ☐

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza