

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

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

(miejscowość)

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 stwierdza się, że:

Pacjent posiada ubytek słuchu w uchu lewym powyżej 70 decybeli (db):

tak nie

Pacjent posiada ubytek słuchu w uchu prawym powyżej 70 decybeli (db):

tak nie

....., dnia

.....