

.....

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

data

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

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

|                          |   |                                |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)  | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |                                |
| <input type="checkbox"/> | inna dysfunkcja ucha lewego                           |                                |
| <input type="checkbox"/> | inna dysfunkcja ucha prawego                          |                                |