

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**
(miejscowość, data)

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 ubytek słuchu u pacjenta jest powyżej 70 decybeli (db)

Tak

Nie

.....
pieczętka, podpis lekarza specjalisty