

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia** .....

## 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. Adres .....

3. PESEL

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

pacjent jest osobą głuchą

-- ubytek słuchu powyżej .....dB

....., **dnia** .....

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty