

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 powyżejdB

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty