

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Adres Pacjenta.....
3. PESEL .....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu słuchu i ubytek słuchu w uchu lepszym wynosi powyżej 70 decybeli.**

**tak**

**nie**

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty