

.....
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. PESEL

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

a) ubytek słuchu Pacjenta wynosi:

powyżejdecybeli,

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

TAK

NIE

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza