

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Obszar B Zadanie 4

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

u Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.

☐ TAK

☐ NIE

....., dnia

(miejscowość)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)