

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
– prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

3. Pacjent posiada ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db):

tak nie

4. Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy :

tak nie

....., dnia

.....