

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego  
programu „Aktywny samorząd” (B4)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że  
dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz  
potwierdzić podpisem i pieczętką**):

|                          |   |                                   |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)  |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha lewego                           |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha prawego                          |                                   |
|                          |   | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |