

.....  
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 *(należy uzupełnić każdy wiersz w poniższej tabeli)*:

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

### UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.