

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

data:

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 Pacjent jest:

osobą niedosłyszącą,

osobą głuchą.

4. Rozpoznanie (rodzaj i głębokość ubytku słuchu oraz poziom w dB):

.....
.....
.....

5. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:

.....
.....
.....

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza