

.....  
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. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy :    TAK                    NIE
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy ( **proszę zaznaczyć właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką** ) :

		Podpis, nr i pieczętka lekarza
<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	