

.....

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:

Pacjent ma ubytek słuchu: ☐ nie dotyczy

☐ poniżej 70 decybeli (db)

☐ powyżej 70 decybeli (db)

☐ osoba wymaga usług tłumacza migowego

....., dnia

(**miejscowość**)

(**data**)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza