

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**lekarza specjalisty**  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym ..... decybeli (db)

w uchu lewym ..... decybeli (db)

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak     nie

c) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

tak     nie

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

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza