

....., 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