

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane do wniosku o pomoc w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Miejsce zamieszkania.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i/lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu słuchu pacjenta dotyczy:  
(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu lewym powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu prawym powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja narządu słuchu: ..... .....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka i podpis lekarza

Uwagi dodatkowe:

.....  
.....

.....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)