......................................................... .............................., 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:
4. Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym …………………… decybeli (db)

w uchu lewym …………………… decybeli (db)

1. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

 tak nie

1. Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

 tak nie

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

(miejscowość) pieczątka, nr i podpis lekarza