

.....  
Pieczęć placówki opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 ubytek  
słuchu:

W uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli:                     TAK                     NIE

w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli:                     TAK                     NIE

.....  
Data/ podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

Zaświadczenie wymagane dla osób z niepełnosprawnością, których orzeczenie jest  
wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu,  
a także w przypadku gdy niiosek obszaru B zadanie nr 4 dotyczy osoby z  
niepełnosprawnością w wieku do lat 16.