

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

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

(miejsowość)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza okulistę do wniosku o dofinansowanie  
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej 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, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	