

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się , że ubytek słuchu:

w uchu prawym wynosi decybeli

w uchu lewym wynosi decybeli

..... dnia
Miejscowość

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza