……………….…............., dnia …………..…

Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE1

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!” Mieszkanie dla absolwenta

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……....................................................................................................

2. Nr PESEL Pacjenta: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

3**. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta, dotyczy ubytku słuchu powyżej 70 decybeli (db) w co najmniej jednym uchu.**

4. Uwagi:……………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………….

PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA