*Załącznik do wniosku w ramach programu „ Aktywny Samorząd”*

Moduł I Obszar B Zadanie nr 4

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w ydane do w niosku o dofinansow anie w ramach pilotażow ego programu „ Akt yw n y samorząd” ( B 4 )

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

……........................................................................................

PESEL **          **

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy ( ***proszę zakreślić właściwe pole***

** *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką*** *):*

□

Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)

□

Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)

□

Inna dysfunkcja ucha lewego

□

Inna dysfunkcja ucha prawego

piec z ątk a, **nr**

i pod pis lek a rz a

□ Inne………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………….