Załącznik do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar A Zadanie nr 4

...., dnia

Stempel zakładu 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 …….....

   PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

   a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

   ☐ jednego ucha ☐ obydwu uszu

   b) Pacjent ma ubytek słuchu::

   ☐ w uchu lewym : ..... decybeli ☐ w uchu prawym: ..... decybeli

....., dnia ....
(miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty