



Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar B Zadanie nr 4

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli

TAK NIE

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty