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

***- Moduł I Obszar A Zadanie nr 3 i nr 4 oraz Obszar B zadanie nr 4***

……………………………………

**Stempel** zakładu opieki

lub praktyki lekarskiej

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

- ***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 | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

……………………………. ……………………………………..

Data pieczątka, nr i podpis lekarza