**Załącznik nr 8**

**program „Aktywny samorząd”**

**Moduł I Obszar A Zadanie 4**



………………………………………………………………….

Pieczątka 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 …………………………………………………………………………
2. PESEL □□□□□□□□□□□

3. 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) | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Inna dysfunkcja narządu słuchu:............................................. | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |

…………………………… ,dnia …………………………………. ………………………………………………………

Miejscowość pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty