**Załącznik nr 11**

**program „Aktywny samorząd”**

**Moduł I Obszar B 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 |
| □ | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |
| □ | Inna dysfunkcja ucha lewego |
| □ | Inna dysfunkcja ucha prawego |

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

miejscowość pieczątka i podpis lekarza specjalisty