Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” – ***Obszar B Zadanie 4***

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……., dnia ……

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B4)
- 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*** ☐ ***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)	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczątka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....
(miejscowość) (data)