

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” – Moduł I Obszar A Zadanie nr 4 oraz Moduł I Obszar B Zadanie nr 4

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

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

## **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 stwierdza się, że:

u Pacjenta występuje ubytek słuchu w uchu lepszym powyżej 70 decybeli.

występuje       nie występuje

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza