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

……..
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……., dnia……..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę
wydane dla potrzeb 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	

4. Pacjent jest osobą głuchoniemą: ☐ tak ☐ nie

……, dnia ……20……r.
(**miejscowość**) (**data**)

……
pieczątka, nr_ i podpis lekarza