

**Załącznik nr 1 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I Obszar A Zadanie 3,4**

.....

Miejscowość, dnia

Stempel 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 stwierdza się, że:

Pacjent ma ubytek słuchu w **uchu lepszym** :

poniżej 70 decybeli (db)

powyżej 70 decybeli (db)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęćka, nr i podpis lekarza)