Załącznik nr 3 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”-
Moduł I Obszar B Zadanie 4

.....

Pieczęć 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. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Numer PESEL .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole*** ☐)

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego

……..... ……

(miejscowość i data)

(pieczątka, nr i podpis lekarza)