Załącznik nr **2a** do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

……………………………………………….

Stempelzakładu opieki zdrowotnej……............., dnia ………………..…

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu

# „Aktywny samorząd” (Obszar A Zadanie 4, Obszar B Zadanie 4)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że u Pacjenta występują(***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 dysfunkcji ucha lewego |
|  | inna dysfunkcji ucha prawego |
|  | trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy |