*Załącznik nr 25 do Zarządzenia nr 12.2019*

*Dyrektora PCPR w Olkuszu z dnia 26.03.2019r.  
 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Moduł I. Obszar A. Zadanie nr 4*

*Obszar B Zadanie nr 4*

.........................................................

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” ( A4 , B4)

**( 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):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |

Ewentualne uwagi : ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Miejscowość: …………………………… data ………………

...............................................

pieczątka i podpis lekarza specjalisty