# Załącznik nr 9 do wniosku

# w ramach pilotażowego programu

# „Aktywny samorząd” – Obszar B4

Stempel zakładu opieki zdrowotnej …………………………………………….

lub gabinetu lekarskiego miejscowość, data

# ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

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

1. PESEL
2. Adres zamieszkania

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

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

1. 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) |  |
|  | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |