**Załącznik nr 4** do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
**Moduł I Zadanie B4** –pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu słuchu)

…… ……, 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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (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) | pieczątka, nr i podpis lekarza |
| ☐ | Inna dysfunkcja ucha lewego:<br>……<br>…… | pieczątka, nr i podpis lekarza |
| ☐ | Inna dysfunkcja ucha prawego:<br>……<br>…… | pieczątka, nr i podpis lekarza |

……, dnia …… ……
(miejscowość ) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza