Załącznik 3 do umowy
 na realizację programu polityki
zdrowotnej

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programuza okres sprawozdawczyod ……..…….. do …………… | Adresat:Starostwo Powiatowe w Żaganiu |
|  | Sprawozdanie należyprzekazać w terminie14 dni po okresiesprawozdawczym |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych (liczba wykładów) | Liczba uczestników wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej | Liczba wykonanych badań antropometrycznych | Liczba osób z BMI>25 |
|  |  |  |  |

......................................, dnia ................................

 *(miejscowość) (data)*

 …………................................

 *(pieczęć i podpis osoby*

 *działającej w imieniu sprawozdawcy)*