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 programu  za okres sprawozdawczy  od ……..…….. do …………… | Adresat:  Starostwo Powiatowe  w Żaganiu |
|  | Sprawozdanie należy  przekazać w terminie  14 dni po okresie  sprawozdawczym |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)*