

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do 20 stopni tak, nie w

oku prawym do 20 stopni tak, nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05 tak, nie w

oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05 tak, nie

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Dla osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, których orzeczenie (na poziomie stopnia znacznego) jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku