

.....  
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 30 stopni  tak,  nie w

oku prawym do 30 stopni  tak,  nie

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

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,1  tak,  nie w

oku prawym równa lub mniejsza niż 0,1  tak,  nie

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

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,3  tak,  nie w

oku prawym równa lub mniejsza niż 0,3  tak,  nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą (ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym jest równa lub

niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni):  tak                       nie

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

**Dla osób do 16 roku życia oraz dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie (na poziomie stopnia umiarkowanego) jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku**