

.....
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 pieczętą**) :

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętą, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętą, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętą, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętą, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętą, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętą, numer i podpis lekarza specjalisty

....., dnia
(**miejsowość**) (data) **pieczętą, numer i podpis lekarza okulisty**