

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 (**proszę zakreślić**

właściwe pole **oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**) :

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy :

jednego oka

obydwu oczu

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

w oku lewym do : stopni

w oku prawym do: stopni

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

w oku lewym wynosi :

w oku prawym wynosi :

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą :

tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności