

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej....., dnia
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 **000000000000**

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.....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

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza