

.....  
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:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równe lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równe lub powyżej 0,05	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lepszym	
<input type="checkbox"/>	Żadne z wyżej wymienionych	

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

#### UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.