

.....
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
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku w/w dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równe lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równe lub powyżej 0,3	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lepszym	
<input type="checkbox"/>	Żadne z wyżej wymienionych	

UWAGA!

1. Gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę.
2. W przypadku braku pieczęci lub podpisu w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
3. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.
4. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.