

.....
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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

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

ma zwężenie pola widzenia w oku lepszym do 30 stopni

ma zwężenie pola widzenia w oku lepszym powyżej 30 stopni

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

ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równa lub poniżej 0,1

ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym powyżej 0,1

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

....., 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.