

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
....., **dnia**  
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:
  - a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:  
 jednego oka  
 obydwu oczu
  - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  
 w oku lewym do: 30 stopni:  tak  nie  *nie dotyczy*  
 w oku prawym do: 30 stopni:  tak  nie  *nie dotyczy*
  - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  
 w oku lewym poniżej: 0,1 lub 0,1  tak  nie  *nie dotyczy*  
 w oku prawym: poniżej 0,1 lub 0,1  tak  nie  *nie dotyczy*
  - d) Pacjent jest osobą niedowidząca:  
 tak  nie

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

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
**pieczętka, nr i podpis lekarza**