

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba niepełnosprawna w wieku do 16 roku życia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba niepełnosprawna (niewidoma) w wieku do 16 roku życia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza