

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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*

☐ w oku lewym do:.....stopni

☐ w oku prawym do:.....stopni

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

☐ w oku lewym wynosi:

☐ w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak

☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza