

.....  
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