

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

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

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

2) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:

nie dotyczy

do 30 stopni

3) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym:

nie dotyczy

równą lub poniżej 0,1

4) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

....., dnia .....  
miejscowość

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza