

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
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 (proszę zakreślić właściwe pola):

- **Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1:**

TAK - NIE -

(pieczętka, nr i podpis lekarza - okulista)

(pieczętka, nr i podpis lekarza - okulista)

- **lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni:**

TAK - NIE -

(pieczętka, nr i podpis lekarza - okulista)

(pieczętka, nr i podpis lekarza - okulista)

....., dnia

(miejsowość)

(data)