

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem 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. Pacjent posiada dysfunkcję narządu wzroku

Tak

Nie

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma:

**(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	obniżenie ostrości wzorku (w korekcji) w oku lepszym <b>równą lub poniżej 0,1</b>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<b>i/lub</b>		
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia <b>do 30 stopni</b>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)