

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**(dotyczy osób do 16 roku życia ubiegających się o dofinansowanie
zakup urządzeń brajlowskich)**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności

.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

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

tak nie

i/lub

Pacjent ma zwężenie pola widzenia **do 30 stopni**:

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)