

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (**w korekcji**) w oku lepszym
równa lub poniżej 0,1:

tak nie nie dotyczy

i/lub

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

tak nie nie dotyczy

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)