

.....

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

**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku ( w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub  
zwężenie pola widzenia do 30 stopni zwężone pole widzenia:

TAK       NIE       NIE DOTYCZY

c) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

TAK       NIE       NIE DOTYCZY

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty