

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

....., **dnia**

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 zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*
 w oku lewym do stopni
 w oku prawym do stopni
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*
 w oku lewym wynosi:
 w oku prawym wynosi:
 - d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:
 tak nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza