

.....
Stempel 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 dostopni
 - 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

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
 pieczętka, nr_i podpis lekarza