

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
 do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
dla osób po 16 roku życia, jeśli dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania
 orzeczenia i dla osób niewidomych

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**
 (całość zaświadczenia uzupełnia lekarz – jednym charakterem pisma)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**)

3. Badanie ostrości wzorku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,05	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,05	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia20.....r.

.....

(miejsowość) **(data)**

pieczętą, nr, i podpis lekarza