

.....  
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 programu „Aktywny samorząd”

**jeśli dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym**

**- 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 0,1	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 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

....., dnia .....20.....r.

.....

(miejsowość)

(data)

pieczętą, nr\_ i podpis lekarza