

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 Pacjent ma :

a. a) ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

☐ TAK

☐ NIE

**i/lub ma**

b) zwężenie pola widzenia: ☐ nie dotyczy

☐

w oku lewym do 20 stopni

: ☐ TAK

☐

NIE

☐

w oku prawym do 20 stopni

: ☐ TAK

☐

NIE

3.2. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐

tak

☐

nie

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

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)