

.....  
**Stempel** 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:
  - 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

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza