

**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 .....

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**):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego .....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego .....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

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

.....

(**miejsowość**) (**data**)

pieczętąka, nr\_ i podpis lekarza