

.....  
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