*Załącznik nr 3c do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”– **Moduł I Obszar B Zadanie nr 1***

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……..…., dnia……..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza okulistę

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

dla osób do 16 roku życia - wzrok

- ***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 pieczątką***):
3. **Badanie ostrości wzorku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.**

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,3	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,3	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego ……..	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

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

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza