

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 narządu wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz  
potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza

W przypadku osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia (**proszę zakreślić  
właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni	pieczętka, nr i podpis lekarza