

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

Obszar B zadanie 3

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ☐ *oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka i podpis lekarza

.....
Miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza