

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania 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) **dysfunkcja narządu wzroku powoduje obniżenie ostrości wzroku Pacjenta (w korekcji), która:** *nie dotyczy*

UWAGA! Należy wykazać w wartościach dziesiętnych

 - w oku lewym wynosi:
 - w oku prawym wynosi:
 - d) **brak jest dysfunkcji narządu wzroku**

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętka, nr_ i podpis lekarza)