

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość, data)

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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia w oku lepszym: *nie dotyczy*

do: 20 stopni

do: 30 stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym: *nie dotyczy*

równą lub poniżej 0,05

równą lub poniżej 0,1

równą lub poniżej 0,3

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia,
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Osoba niewidoma – osoba niepełnosprawna z dysfunkcją narządu wzroku posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności, u której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni, lub osoba niepełnosprawna w wieku do 16 roku życia, u której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub