Załącznik nr 3 do
wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd" –
Moduł I Obszar B Zadanie 1
/dziecko/podopieczny/

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/wniosek wnioskodawcy w imieniu dziecka/podopiecznego/

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 zwężenie pola widzenia:

☐ do 30 stopni

☐ *nie dotyczy*

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

☐ w oku lepszym równą lub poniżej 0,3

☐ w oku lepszym równa lub niższa 0,1 (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do zakupu urządzeń brajlowskich)

☐ *nie dotyczy*

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia .....

(**miejscowość**) (**data**)

.....

pieczątka, nr i podpis lekarza