*Załącznik nr 5 do wniosku*
*w ramach programu „Aktywny samorząd" –*
*Moduł I Obszar B, Zadanie 3*

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**....., dnia ……..…**

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*/wniosek osoby dorosłej/*

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 0,1

☐ *nie dotyczy*

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

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

(**miejscowość** ) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza