

**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)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza