

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Numer PESEL .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku u Pacjenta występuje:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równe lub poniżej 0,05
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równe lub poniżej 0,05
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego

6. Pacjent jest osobą niewidomą:

tak       nie

7. Pacjent jest osobą niedowidzącą:

tak       nie

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęćka, nr i podpis lekarza)