

.....
*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 Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole*)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1) |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1) |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego |

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)