

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
.....
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐ **oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	