

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)

- 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 zakreslić 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 specjalisty
☐	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	