

....., dnia .....

**Stempel** 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. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- jednego oka  
 obydwu oczu

2) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

- nie dotyczy**  
 w oku lewym do: ..... stopni  
 w oku prawym do: ..... stopni

3) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

- nie dotyczy**  
 w oku lewym wynosi: .....  
 w oku prawym wynosi: .....

4) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- TAK  
 NIE

....., dnia ..... r

miejsowość

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza