

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ**

(dotyczy osób z dysfunkcją narządu wzroku)

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:

- a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: jednego oka obydwu oczu
- b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:
 nie dotyczy
 w oku prawym do: stopni
 w oku lewym do: stopni
- c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):
 nie dotyczy
 w oku prawym wynosi:
 w oku lewym wynosi:
- d) Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie
- e) Pacjent jest osobą słabowidzącą: tak nie
- f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza