

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)
jeśli dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu
niepełnosprawności

- **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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza