

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSÓB POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA**

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”
prosimy wypełnić czytelnie

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

Pacjent ma zwężone pole widzenia: dotyczy; nie dotyczy

w oku lewym do 20 stopni tak nie

w oku prawym do 20 stopni tak nie

Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): dotyczy; nie dotyczy

w oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05 tak nie

w oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05 tak nie

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza