

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1) Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- ☐ jednego oka  
☐ obydwu oczu

2) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:

- ☐ nie dotyczy  
☐ do 20 stopni

3) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym:

- ☐ nie dotyczy  
☐ równą lub poniżej 0,05

4) Pacjent jest osobą niewidomą:

- ☐ tak (znaczny stopień niepełnosprawności; ostrość wzroku  
(w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub  
pole widzenia jest zwężone do 20 stopni)  
☐ nie

....., dnia .....  
miejscowość

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza