

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<b>i/lub</b>		
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia <b>do 30 stopni</b>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza