

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 (**osoba powyżej 16 roku życia**) dotyczy:

jednego oka       obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia do 20 stopni

tak       nie

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

tak       nie

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak       nie

Osoba niewidoma (zgodnie z definicją programu „Aktywny samorząd”) – należy przez to rozumieć osobę z dysfunkcją narządu wzroku posiadającą 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.

.....  
( data )

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