

.....  
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 do 16 roku życia**) dotyczy:

jednego oka       obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia do 30 stopni

tak       nie

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3

tak       nie

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak       nie

Osoba niewidoma w wieku do 16 roku życia (zgodnie z definicją programu „Aktywny samorząd”) – należy przez to rozumieć osoby z niepełnosprawnością wzroku, której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni.

.....  
( data )

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza