

.....  
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 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 0,1

tak       nie

.....  
( data )

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