.....

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:

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równa lub poniżej 0,1	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
☐	Inne schorzenie:	

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

(**miejscowość**) (**data**)

.....

pieczątka, nr_i podpis lekarza

Zaświadczenia wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta