

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA OKULISTĘ**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. PESEL.....
3. Rodzaj schorzenia (opis):.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą:**

<input type="checkbox"/>	<i>OSOBA DOROSŁA POSIADAJACA UMIARKOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</i> Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<i>OSOBA DOROSŁA POSIADAJACA UMIARKOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</i> Dysfunkcja wzroku – zwężenie pola widzenia do 30 stopni	pieczętka i podpis lekarza