

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dotyczy osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności**

wydane przez lekarza okulistę  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**jeśli dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia**  
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią).
4. Badanie ostrości wzroku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących – w korekcji

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,1	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	Pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia ..... 20.....r.  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza)