

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

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu wzroku (04-0)**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

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

.....

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

Miejscowość,

data

pieczętka, nr i podpis lekarza