

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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) Pacjent ma zwężenie pola widzenia: *nie dotyczy*

do 30 stopni w oku lewym

do 30 stopni w oku prawym

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1:

nie dotyczy

Tak

Nie

c) Inna dysfunkcja:

.....
.....
.....

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza