

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
- parametry podane wg skali Snellena

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że (proszę zaznaczyć właściwe):

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

☐ TAK - ☐ NIE -
(pieczęć, nr i podpis lekarza - okulista) (pieczęć, nr i podpis lekarza - okulista)

- lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni:

☐ TAK - ☐ NIE -
(pieczęć, nr i podpis lekarza - okulista) (pieczęć, nr i podpis lekarza - okulista)

....., dnia

(miejscowość)

(data)