

.....  
**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 20 stopni w oku lewym

do 20 stopni w oku prawym

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:

*nie dotyczy*

Tak

Nie

c) Inna dysfunkcja:

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

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza