

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**

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) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia\*:

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

Uwagi:

.....

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji)\*:

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

Uwagi:

.....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą (równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku powodujące duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się):

tak

nie

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

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza okulistę**

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku