

.....  
**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) Potwierdzam, iż pacjent ma ostrość wzroku (w korelacji) w oku lepszym **równą lub poniżej 0,1**

..... (wpisać słownie **tak** lub **nie**),

lub

c) Potwierdzam, iż u pacjenta występuje **zwężenie pola widzenia do 30 stopni** .....

(wpisać słownie **tak** lub **nie**)

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 okuliste**

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku