

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

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

(miejsowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza okulistę do wniosku o dofinansowanie  
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**  **oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)	
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	
		pieczętka, nr i podpis lekarza