

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)

- **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 lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lepszym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza