

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
**osoby pełnoletnie**  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” ( B1 )  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL .....
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

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

....., dnia .....  
(miejscowość ) (data)

.....  
pieczętka i podpis