

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. 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 poniżej 0,1 ( lub 0,1)	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku ( w korekcji ) w oku prawym poniżej 0,1 ( lub 0,1)	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

.....

( pieczętka i podpis lekarza )