

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DOROŚLI

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 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym 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 lekarza)