

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

....., dnia

## 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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja wzroku (w przypadku gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia):

- pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05
- pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

b) dysfunkcja wzroku osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia

- pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1
- pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

c)  pacjent jest głuchoniewidomy

....., dnia .....  
(miejsowość)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty)