

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej.....
Miejscowość, data**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹**

w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim* –1. **Imię i nazwisko Pacjenta**PESEL 2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku 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))	Pieczeńka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub (0,1))	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta