

.....
 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))	
<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	
		Pieczętka, nr i podpis lekarza

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