

.....  
 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 Pacjenta: \_\_\_\_\_

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia i dotyczy:

**(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,05	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 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, jaka: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego, jaka: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą	pieczętka, nr i podpis lekarza

Miejscowość: ....., dnia: .....

pieczętka, nr i podpis lekarza