

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 0,1	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego, jaka: .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego, jaka: .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą – na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

Miejscowość: ....., dnia: .....

pieczętka, **nr** i podpis lekarza