

.....  
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*

Imię i nazwisko Pacjenta

.....  
PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

➤ **dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (osoby dorosłej):**

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

ma     nie ma

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty