

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

....., dnia

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

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- jednego oka
 obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: tak nie dotyczy

w oku lewym do:stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): tak nie dotyczy

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą tak nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą tak nie

f) Pacjent jest osobą niedowidzącą tak nie

....., dnia.....
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

Załącznik nr 3c do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”