

.....  
**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

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że  
dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)

Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym

Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

Inna dysfunkcja oka lewego .....

Inna dysfunkcja oka prawego .....

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

(**miejsowość**)

(**data**)

**pieczętka, nr i podpis lekarza**