

*Załącznik do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” –
Moduł I Obszar B Zadanie nr 3*

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

....., dnia lub

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 dysfunkcja

narządu wzroku Pacjenta dotyczy (☐ ***proszę zakreślić właściwe pole*** ☐ ***oraz potwierdzić***
podpisem i pieczętą:

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	Pieczętka, nr i podpis lekarza

	Inna dysfunkcja oka lewego jaka	Pieczątką, nr i podpis lekarza
	Inna dysfunkcja oka prawego jaka	Pieczątką, nr i podpis lekarza