

.....
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

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

- zwężenia pola widzenia do 30 stopni.**
- obniżenia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równej lub poniżej 0,1.**
- nie dotyczy.**

....., dnia

miejsowość

data

.....
pieczętka, podpis lekarza specjalisty