

.....
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 Pacjent:

1) osoba do 16 roku życia:

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

☐ TAK

☐ NIE

2) osoba do 16 roku życia:

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

☐ TAK

☐ NIE

3) osoba powyżej 16 roku życia:

ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

☐ TAK

☐ NIE

....., dnia
(miejscowość) **(data)**

.....
pieczętka i podpis lekarza