

**Załącznik nr 2b**  
do wniosku w ramach modułu I  
obszar B zadanie 1

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

.....  
(miejscowość i data)

**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