

.....  
pieczęć 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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja wzroku osób z niepełnosprawnością, które ukończyły 16 lat (w przypadku, gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia):

- pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05
- pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1
- pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni
- pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni
- nie dotyczy

b) dysfunkcja wzroku osób z niepełnosprawnością w wieku do 16 roku życia

- pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3
- pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,
- nie dotyczy

c)  pacjent jest głuchoniewidomy

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

(miejsowość)

.....

(pieczęć, nr lekarza i podpis)