

.....  
**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 oraz właściwie zaznaczyć**

### DOTYCZY OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

• do 30 stopni  -tak  -nie

• uwagi.....

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji):  nie dotyczy

• w oku lepszym równą lub poniżej 0,3  -tak  -nie

• w oku lepszym równą lub poniżej 0,1  -tak  -nie

• uwagi.....

c) Pacjent jest osobą niewidomą:  - tak  - nie

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

(**miejsowość**)

(**data**)

.....  
**pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty**