

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**

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 narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- jednego oka  
 obydwu oczu

b) Potwierdzam, iż pacjent ma ostrość wzroku (w korelacji) w oku lepszym

- równą lub poniżej 0,3  
 równą lub poniżej 0,1

lub

c) Potwierdzam, iż u pacjenta występuje **zwężenie pola widzenia do 30 stopni** .....  
(wpisać słownie **tak** lub **nie**)

Uwagi:

.....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą (równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku powodujące duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się):

- tak       nie

....., dnia .....,  
(miejscowość)                      (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza okuliste**

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku