

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

....., dnia

## 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 narządu wzroku Pacjenta dotyczy:**

jednego oka

obydwu oczu

**b) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:**

nie dotyczy

w oku lewym do ..... stopni

w oku prawym do ..... stopni

**c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji):**  nie dotyczy

w oku lewym: .....

w oku prawym: .....

d) biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że pacjent jest osobą niewidomą (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni):

tak  nie

e) biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że **osoba niepełnosprawna do 16 roku życia** jest osobą niewidomą (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia

do 30 stopni):  tak  nie

.....  
 (miejsowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty