

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia 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:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<p>Pacjent jest osobą niewidomą</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy:</p> <p><input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu</p> <p>Obniżona ostrość wzroku (w korekcji) wynosi:</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> w oku prawym:</p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym:</p> <p>Zwężenie pola widzenia wynosi:</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> w oku prawym:</p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym:</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza