

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

dotyczy osób w wieku do 16-go roku życia z dysfunkcją narządu wzroku

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ):

OSTROŚĆWZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)	
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,3
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,3
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy
ZWĘŻENIE POŁA WIDZENIA	
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy

.....  
pieczętka, nr i podpis

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku