

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

dotyczy osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż 04-O

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):

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)	
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,1
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,1
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy
ZWĘŻENIE POLA 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

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