

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

a) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

• do 30 stopni ☐ tak ☐ nie

• uwagi.....

b) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (**w korekcji**): ☐ nie dotyczy

• w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 ☐ tak ☐ nie

• uwagi.....

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza