

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

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

### 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętka):**

Pacjent jest osobą <b>głuchoniewidomą</b> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy: <input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
dysfunkcja narządu wzroku - <b>obniżona ostrość wzroku (w korekcji w oku lepszym)</b> <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy (nie występuję żadna z ww. dysfunkcji)</i>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
dysfunkcja narządu wzroku - <b>zwężenie pola widzenia :</b> <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 20 stopni <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 30 stopni <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy (nie występuję żadna z ww. dysfunkcji)</i>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty