

.....
(data)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DOT. OSOBY Z UMIARKOWANYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, W SYTUACJI GDY DYSFUNKCJA
NARZĄDU WZROKU NIE JEST PRZYCZYNĄ WYDANIA ORZECZENIA

wystawione przez lekarza okulistę
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr PESEL:

3.

Dysfunkcja powodująca obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni	 (pieczęć i podpis okulisty)
--	--------------------------------------