

.....
(data)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DOT. OSOBY ZE ZNACZNYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOCI, W SYTUACJI GDY DYSFUNKCJA
NARZĄDU WZROKU NIE JEST PRZYCZYNĄ WYDANIA ORZECZENIA lub OSOBY NIEWIDOMEJ
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.

Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05 lub zwężenie pola widzenia do 20 stopni (pieczęćka i podpis okulisty)
--	--