

.....
(data)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DOT. OSOBY Z ORZECZENIEM O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO 16 ROKU ŻYCIA lub OSOBY
NIEWIDOMEJ DO 16 ROKU ŻYCIA
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 0,3 (pieczętka i podpis okulisty)
Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1 (pieczętka i podpis okulisty)
Zwężenie pola widzenia do 30 stopni (pieczętka i podpis okulisty)