

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

....., dnia

### 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 Pacjent ma :

3.1. a) ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05

TAK  NIE

**i/lub**

b) zwężenie pola widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do 20 stopni :  TAK  NIE

w oku prawym do 20 stopni :  TAK  NIE

3.2. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:\*

tak  nie

....., dnia .....

(miejsce)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

*Zgodnie z dokumentem pn. "Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu Aktywny Samorząd w 2017 roku" - Załącznik do uchwały nr 5/2017 Zarządu PFRON z dnia 24 stycznia 2017 r., przez dysfunkcję narządu wzroku ( w przypadku Obszaru B)- należy rozumieć (...), gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, **ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni.**"*

*\*dotyczy Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania.*