

.....  
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 .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

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