

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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) obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) **w oku lepszym** równą lub poniżej 0,1

TAK NIE

i/lub

b) zwężenie pola widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do 30 stopni : TAK NIE

w oku prawym do 30 stopni : TAK NIE

3.2. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:*

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczęćka, nr_ i podpis lekarza

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