Załącznik nr 3 do wniosku

(Obszar B1,)

.....................................................

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# 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:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

 jednego oka

 obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

 w oku lewym do: ................................ stopni

 w oku prawym do: .............................. stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

 w oku lewym wynosi: ....................................................................

 w oku prawym wynosi: ..................................................................

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

 tak nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

 tak nie

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

 (miejscowość ) pieczątka, nr i podpis lekarza