

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

( może być wydane tylko przez lekarza okulistę)

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 lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku ( w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 ( lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku ( w korekcji) w oku prawym poniżej 0,5 ( lub 0,05)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Żadne z wyżej wymienionych	

#### UWAGA!

1. Gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć 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 poniżej 20 stopni.
2. W przypadku braku pieczęci lub podpisu w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.