

**Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I obszar B zadanie nr 3**

.....
Stempel 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
PESEL
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
 - a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
 jednego oka
 obydwu oczu
 - b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:
 w oku lepszym do: 30 stopni: tak nie nie dotyczy
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):
 w oku lepszym poniżej: 0,1 lub 0,1 tak nie nie dotyczy
 - d) Pacjent jest osobą niedowidzącą:
 tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza