

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, wydane dla potrzeb programu „Aktywny samorząd” – jeśli dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 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 Państwa dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	..... Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,1	..... Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	..... Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	..... Pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia ..... 20.....r.  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza)