…….
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE[1]

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

głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

……., dnia ……...…r., ……
(miejscowość) **(data)** **(pieczątka, nr i podpis lekarza)**

[1] **Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza okulistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do MOPS w Rzeszowie**