

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku przez lekarza **specjalistę** o pomoc 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: niepełnosprawność pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

| | |
|---|---|
| Pacjent jest osobą głuchoniewidomą : TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| Dysfunkcja narządu wzroku dotyczy: <input type="checkbox"/> jednego oka <input type="checkbox"/> obydwu oczu | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| Dysfunkcja narządu wzroku – zwężenie pola widzenia : <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 20 stopni , <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia do 30 stopni <input type="checkbox"/> nie dotyczy (<u>nie występuje żadna z ww. dysfunkcji</u>) | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| Dysfunkcja narządu wzroku – obniżona ostrość wzroku(w korekcji w oku lepszym) : <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,05 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,1 <input type="checkbox"/> ostrość wzroku równa lub poniżej 0,3 <input type="checkbox"/> nie dotyczy (<u>nie występuje żadna z ww. dysfunkcji</u>) | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
 (pieczętka, nr i podpis lekarza **specjalisty**)