

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza okulistę
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B 1)**

(dla osoby niewidomej posiadającej znaczny stopień niepełnosprawności)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

.....

2. PESEL

3. Adres zamieszkania:

4. W przypadku dysfunkcji narządu wzroku

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że Pacjent posiada następującą dysfunkcję narządu wzroku (właściwe zaznaczyć):

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05 : tak nie

- Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni: tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczęćka, nr_ i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza okulistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do Powiatu Jasielskiego / PCPR w Jaśle