

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

....., dnia lub

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” - **prosimy**
wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (osoby dorosłej):

ma obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni

ma

nie ma

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza