

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)

dotyczy osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż 04-O

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim* -

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole*):

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)	
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,1
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,1
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA	
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczętka, nr i podpis

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku