

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i Nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu) .....

**dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:**

☐ **jednego oka**

☐ **obydwu oczu**

**a) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej  
0,05:**

☐ **Tak** ☐ **Nie**

**b) Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni:**

☐ **Tak** ☐ **Nie**

**Jeśli tak, pacjent jest uznany (zgodnie z Kierunkami programu Aktywny Samorząd  
PFRON) za osobę niewidomą.**

..... dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza