

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Adres zamieszkania:

3. PESEL

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą:

niewidomą: tak nie

głuchoniewidomą: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczęć, nr_ i podpis lekarza

¹ **Uwaga:** Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza okulistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do Powiatu Jasielskiego / PCPR w Jaśle