

**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

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

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

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

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<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"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

....., dnia .....

(miejscowość )

(data)

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza

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