

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia** .....  
(miejscowość, data)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL.....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że (prosimy  
zaznaczyć odpowiednie pole):

1) Osoba do 16 roku życia:

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub ma  
zwężenie pola widzenia do 30 stopni.

Tak  Nie

2) Osoba powyżej 16 roku życia:

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub  
ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,

Tak  Nie

.....  
pieczętka, podpis lekarza okulisty