

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

....., **dnia** .....  
(miejsowość, 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):

Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,

Tak

Nie

.....  
pieczętka, podpis lekarza okulisty