

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL.....

3. Zaświadczam, 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