

Zaświadczenie niniejsze może być wydane tylko przez lekarza okulistę!!!

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
(miejscowość) (dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar B Zadanie 1
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku w/w Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić znakiem X właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równa lub poniżej 0,05	
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni	
☐	Żadne z wyżej wymienionych	
		pieczętka, nr i podpis lekarza

UWAGA!

1. Gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia poniżej 20 stopni.
2. W przypadku braku pieczęci lub podpisu w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
3. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.
4. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.