

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywnym samorząd” w 2019 r. –
Moduł I Obszar B Zadanie 1 i Zadanie 2 (dotyczy osób do 16 roku życia)

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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 lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) <u>w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) <u>w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)</u>	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia <u>do 30 stopni w oku lewym</u>	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia <u>do 30 stopni w oku prawym</u>	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	