*Załącznik do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”– **Moduł I Obszar B Zadanie nr 1***

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……..., dnia……..…

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(***dotyczy osób niepełnosprawnych do 16 roku życia)*** **wydane przez lekarza okulistę**

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta …….....

2.PESEL……

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza ☐ się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy ☐ ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką*** ***(proszę zakreślić właściwe pole)***

2. **Badanie ostrości wzorku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.**

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,3	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,3	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego ……..	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

....., dnia .....20.....r. .....

(**miejscowość**) (**data**)

pieczątka, nr_ i podpis lekarza