

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I
Obszar B Zadanie nr 3 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz
oprogramowania

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

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