*Załącznik do wniosku w ramach programu „ Aktywny Samorząd”*

□

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym

poniżej 0,1 (lub 0,1)

□

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym

poniżej 0,1 (lub 0,1)

□

Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym

□

Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

□

Inna dysfunkcja oka lewego

□

Inna dysfunkcja oka prawego

piec z ątk a, **nr**

i pod pis lek a rz a

□

Inne

.……………………………………………………………

………………………………………………………………

Moduł I Obszar B Zadanie nr 3

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w ydane do w niosku o dofinansow anie w ramach pilotażow ego programu „ Akt yw n y samorząd”

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

……........................................................................................

PESEL **          **

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy ( ***proszę zakreślić właściwe pole***

** *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką*** *):*