Załącznik nr 4 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie 3

……
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……., dnia…….

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę
wydane dla potrzeb 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 wzroku Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym równą lub poniżej 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	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

……, dnia ……20……r.
(**miejscowość**) (**data**)

……
pieczątka, nr_ i podpis lekarza