

....., dnia.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (osoby dorosłej): ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni; pieczętka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta (w wieku do 16 roku życia): ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni; pieczętka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą niewidomą; pieczętka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta: wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia; pieczętka, podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: pieczętka, podpis lekarza

- Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

.....
pieczętka, nr, i podpis lekarza specjalisty