Załącznik nr 3 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” 2015 r.

MODUŁ I OBSZAR B ZADANIE 2

………………………………………..…………

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

………………………….., dnia…………….…

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim, właściwe zaznaczyć znakiem „x”

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA............................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

2. PESEL 

3. OPIS WYSTĘPUJĄCEGO U PACJENTA SCHORZENIA:………………………………..

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

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

A/ DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU PACJENTA DOTYCZY:

 jednego oka

 obydwu oczu

B/ PACJENT MA ZWĘŻONE POLE WIDZENIA: NIE DOTYCZY

 w oku lewym do:……………………………stopni

 w oku prawym do…………………………...stopni

C/ PACJENT MA OBNIŻONĄ OSTROŚĆ WZROKU (w korekcji):  NIE DOTYCZY

 w oku lewym do:……………………………

 w oku prawym do…………………………...

D/ PACJENT JET OSOBĄ GŁUCHONIEWIDOMĄ:

 tak  nie

…………………………, dnia…………………..

MIEJSCOWOŚĆ ……………………………………….

PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA