Załącznik nr 2a do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Zadanie B1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku)

…… ……., 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

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 równa lub poniżej 0,05	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku w korekcji w oku prawnym równa lub poniżej 0,05	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego: ……	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego: ……	pieczątka, nr i podpis lekarza

……., dnia …… ……
(miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza