

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej)

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”:

- 1) **Obszaru B, Zadanie 1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania** oraz
- 2) **Obszaru B, Zadanie 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania.**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Adres Pacjenta:

PESEL:.....

1. Informacja o stanie zdrowia:	
a) Pole widzenia pacjenta wynosi:: ☐ w oku lewym stopni ☐ w oku prawym stopni ☐ nie dotyczy	pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Pacjent ma ostrość widzenia w oku prawym (w korekcji) ☐ równą lub poniżej 0,05 ☐ równą lub poniżej 0,1 ☐ inna: ☐ równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
c) Pacjent ma ostrość widzenia w oku lewym (w korekcji): ☐ równą lub poniżej 0,05 ☐ równą lub poniżej 0,1 ☐ inna: ☐ równą lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza

B1 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, znaczny stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O

- osoby z orzeczeniem do 16 r.ż. z dysfunkcją narządu wzroku

B-3 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O

Moduł 1, Obszar B1, B3	
d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ TAK ☐ NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
a) Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ TAK ☐ NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
(data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)

B1 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, znaczny stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O

- osoby z orzeczeniem do 16 r.ż. z dysfunkcją narządu wzroku

B-3 – osoba z dysfunkcją narządu wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności, symbol orzeczenia inny niż 04-O