***Załącznik nr 4*** *do formularza wniosku „P” i „O ”w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – 2018 r. MODUŁ I obszar B zadanie 1*

......................................................... …………................................, dnia ........................

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# 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 .................................................................................................................................

# PESEL          

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1. Pacjent - ma ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:

tak nie

1. Pacjent - ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni:

## tak nie

1. Pacjent w wieku do 16 roku życia - ma ostrość wzroku w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,1:

tak nie

1. Pacjent w wieku do 16 roku życia - ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:

## tak nie

1. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą - równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku w wyniku czego osoba niepełnosprawna napotyka na bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się:

## tak nie

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

*miejscowość pieczątka, nr i podpis lekarza okulisty*