

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

Zaświadczenie lekarskie

Lekarza specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
(osoba niepełnosprawna powyżej 16 roku życia)

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

.....
.....
.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, iż osoba niepełnosprawna ma *:

- **ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:** TAK NIE

- **zweżenie pola widzenia do 20 stopnia:** TAK NIE

.....
(data)

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

*właściwe podkreślić