

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

....., **dnia**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA OKULISTE**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że osoba niepełnosprawna ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

tak

nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza