

.....  
**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**