

**Załącznik nr 13 do formularza wniosku „P” w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd” – 2019 r. MODUŁ II**

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

**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 .....

2. PESEL

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

|   |   |
|---|---|
| porusza się na wózku inwalidzkim  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| jest osobą niewidomą<br><i>(ma ostrość wzroku /w korekcji/ w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni)</i>   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| jest osobą głuchoniewidomą<br><i>(równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku w wyniku czego osoba niepełnosprawna napotyka na bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się):</i> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

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