…… ……dnia ……
(Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)

Pan/Pani:.....

Zamieszkały/ła w:.....
(adres zamieszkania: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Nr PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Poniżej zaświadczam, że dysfunkcja pacjenta dotyczy: (zaznaczyć właściwe pole □)

NARZĄD RUCHU	
Pacjent w związku z dysfunkcją narządu ruchu porusza sięprzy pomocy wózka inwalidzkiego: □ tak □ nie	data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty
NARZĄD WZROKU	
□ Pacjent ma zwężone pole widzenia: □ w oku lewym do ..... stopni □ w oku prawym do.....stopni □ Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku **(w korekcji)** □ w oku lewym do:……. □ w oku prawym do:…… Na podstawie powyższego, **stwierdzam, że pacjent jest osobą niewidomą** (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku **(w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężone pola widzenia do 20 stopni):** □ tak □ nie	data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty