

.....
 (Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

.....dnia

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 się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty
NARZĄD WZROKU	
<input type="checkbox"/> Pacjent ma zwężone pole widzenia: <input type="checkbox"/> w oku lewym do:..... .stopni <input type="checkbox"/> w oku prawym do:.....stopni <input type="checkbox"/> Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji) <input type="checkbox"/> w oku lewym do:..... <input type="checkbox"/> 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) : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty