

Zaświadczenie o zdolności widzenia

Niniejszym, stwierdzam, że

Pan/Pani
/imię, nazwisko/

urodzony(-a) W
/data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

zamieszkały(-a)
/ulica, nr domu, nr mieszkania/

.....
/ kod pocztowy / / miejscowość / / kraj /

w obszarze określonym dla zdolności widzenia wg p. 7.4 normy EN ISO 9712:12

1. Zdolność widzenia bliskiego

spełnia wymagania

nie spełnia wymagania

ostrość widzenia bliskiego powinna umożliwiać minimum odczytanie znaku o numerze 1 według skali Jaegera lub N 4.5 skali Times Roman lub równoważnych liter, (o wysokości 1,6 mm) z odległości nie mniejszej niż 30 cm, jednym lub dwójem oczu z korekcją lub bez

Korekta wzroku

jest wymagana

nie jest wymagana

2. Widzenia barw

spełnia wymagania

nie spełnia wymagania

widzenie barw powinno umożliwiać kandydatowi rozpoznanie barw i rozróżnianie kontrastu międzybarwowego lub odcieni szarości

Lekarz okulista / optyk:
miejscowość, data

.....
imię nazwisko / podpis, pieczęć