.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W CELU DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB USŁUG TŁUMACZA PRZEWODNIKA*

I.
Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania: .....
PESEL

seria i nr dowodu tożsamości: ……..

II. ***Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:****

- ❑ dysfunkcja narządu ruchu
- ❑ dysfunkcja narządu słuchu
- ❑ dysfunkcja narządu wzroku
- ❑ upośledzenie umysłowe
- ❑ choroba psychiczna
- ❑ epilepsja
- ❑ schorzenie układu krążenia
- ❑ inne (jakie?)

  ……

I. Stwierdzono potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego*/ usług tłumacza-przewodnika*

- ❑ Nie
- ❑ Tak – uzasadnienie:……..……
……..……..
……
……
……

....
(data) ***(pieczęć i podpis lekarza)***

*** Właściwe zaznaczyć**