

.....
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?)

.....

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

- Nie
- Tak – uzasadnienie:.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Właściwe zaznaczyć