

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- słuchu
- mowy
- inne (jakie)

.....
.....
.....
.....

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika (zaznaczyć właściwe):

- nie
- tak – uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)