

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

1. Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Rozpoznanie chorobowe:

.....

.....

.....

.....

3. Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje

słuchu

mowy

inne: (jakie?)

4. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:

nie

tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty