

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
W CELU DOFINANSOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO
LUB USŁUG TŁUMACZA PRZEWODNIKA***

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- ☐ słuchu
- ☐ mowy
- ☐ inne

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

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika

- ☐ Nie
- ☐ Tak – uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę.