

.....
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 (zaznaczyć właściwe):

1. słuchu

2. mowy

3. wzroku

4. inne

jakie?.....

osoba niesłysząca

osoba niedosłysząca

osoba niewidoma

osoba niedowidząca

osoba głuchoniewidoma

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika
(należy właściwą usługę zakreślić)

- Nie

- Tak – uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

***zaświadczenie winno być wypełnione przez lekarza czytelnie i po polsku.**