

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług
tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko:

2. Zamieszkały/zamieszkała

3. PESEL

4. Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje: słuchu
 mowy
 inne (jakie)

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

nie

tak – uzasadnienie:
.....
.....

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza