

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):

- słuchu
- mowy
- wzroku
- inne

jakie?.....

- osoba niesłysząca
- osoba niewidoma
- osoba głuchoniewidoma
- osoba niedosłysząca
- osoba niedowidząca

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 specjalistę czytelnie i w języku polskim**