

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie
w Gdańsku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika*

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:

- słuchu
- mowy
- inne (jakie)

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

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika (zaznaczyć właściwe):

- nie
- tak – uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)