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:

1. słuchu
2. mowy
3. inne

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 wystawione przez lekarza specjalistę.