

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.