

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
(ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA-PRZEWODNIKA)
- wypełnić czytelnie**

1. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej/dziecka niepełnosprawnego *

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

2. Rodzaj schorzenia (w języku polskim):

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

3. Zachodzi/nie zachodzi* potrzeba korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika (w przypadku „zachodzi” należy uzasadnić):

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

.....
Data

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

* niepotrzebne skreślić