

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA O POTRZEBIE KORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA
MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA¹**

WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania².....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

Dysfunkcja narządu słuchu

Dysfunkcja narządu mowy

Inne (jakie?).....

2. Potrzeba korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika:

potrzeba korzystania z usług tłumacza języka migowego

potrzeba korzystania z usług tłumacza - przewodnika

brak potrzeby

**3. Uzasadnienie potrzeby korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza -
przewodnika:**

.....
pieczęć i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie lekarza ważne jest przez okres 30 dni od daty wystawienia

² W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu