

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

....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie - Stołecznym Centrum Osób Niepełnosprawnych 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 )

**\*zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę.**  
**\*zaświadczenie ważne jest w terminie 30 dni od dnia wystawienia**