

.....
pieczęć placówki ochrony zdrowia

.....
Miejscowość, data

**Zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
we Wschowie**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

.....

PESEL

adres zamieszkania:

.....

Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje

☐ słuchu

☐ mowy

☐ inne (jakie?).....

**Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego
lub usług tłumacza przewodnika**

☐ nie

☐ tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza