

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pajęcznie

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia .....

**1. Rodzaj niepełnosprawności i opis schorzenia:**

.....  
.....

**2. Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika ( należy właściwą usługę zakreślić )**

- Nie

- Tak – uzasadnienie:

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

**Prosimy o czytelne ( w języku polskim) wypełnienie zaświadczenia**

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
specjalisty