

.....  
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach**  
**w celu dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza - przewodnika**

*/wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi/*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania: 16-400 Suwałki, ul. ....

PESEL L L L L L L L L L L L L

posiada schorzenia lub dysfunkcje\*

słuchu

mowy

inne (jakie:) .....

.....  
.....

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług\*

tłumacza języka migowego

tłumacza – przewodnika

nie zachodzi potrzeba korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza – przewodnika

uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
/pieczęć i podpis lekarza specjalisty/

\* właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola