

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie lekarskie  
potwierdzające konieczność korzystania z usług tłumacza języka migowego  
lub usług tłumacza przewodnika**

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

.....

posiada schorzenia lub dysfunkcje (należy zaznaczyć właściwe):

1. słuchu
2. mowy
3. inne (jakie?)

.....

.....

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

☐ - Nie

☐ - Tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza )

\*zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę.