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

*(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)*

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIAwydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Zamieszkały/zamieszkała:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:** | □ słuchu□ mowy□ inne (jakie)  |
| **Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:**  | □ nie□ tak – uzasadnienie:  |

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

 *data (podpis i pieczątka lekarza)*