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

*(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)*

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA wydane 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)*