

Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielenia dofinansowania z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu

.....  
*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
( wydane na potrzeby PCPR w Olkuszu )- **dofinansowanie usług tłumacza migowego  
lub tłumacza-przewodnika**

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

1. Rodzaj schorzeń :

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

2. Krótkie uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika\* :

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

.....  
( data )

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

**\* zaświadczenie lekarskie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę  
(czytelnie , w języku polskim)**