

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA PRZEZ  
LEKARZA**

.....  
/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/

\* właściwie zaznaczyć przez zakreślenie pola