

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Zamieszkały/zamieszkała:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:</b>	<input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> inne (jakie)
<b>Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:</b>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – uzasadnienie: