**Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika.**

…………………………………

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(wydane na potrzeby PCPR w Krakowie)

Imię i nazwisko pacjenta…………………………………………………………………………………………….

PESEL……………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj schorzeń:**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika\***:

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

…....................................................................................................................................................................................

……………………………….. ……………………………….

 data ( pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie)

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