

....., data

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
gabinetu lekarskiego)

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

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

.....
data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)