

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i Nazwisko Pacjenta

2. PESEL: _ _ _ _ _

Potwierdzam dysfunkcję narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego.

Uwagi:

.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty