

(pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej)

.....

(miejsowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie
o niemożności przybycia osoby zainteresowanej
wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
na posiedzenie składu orzekającego**

Pan/i

.....

data urodzenia

.....

zamieszkały/a w

jest niezdolny/a samodzielnie przybyć na posiedzenie zespołu do spraw orzekania o
stopniu niepełnosprawności z powodu schorzenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(należy określić stopień wydolności organizmu).

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....

/pieczęć i podpis lekarza/