

(pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie
o niemożności przybycia osoby zainteresowanej
wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
na posiedzeniu 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/