

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, 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/