

( 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/