

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
(miejsowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie
o niemożności przybycia osoby zainteresowanej
na posiedzenie składu orzekającego
w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ¹**

Pan/i
data urodzenia
zamieszkały/a
jest niezdolny/a samodzielnie przybyć na posiedzenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu schorzenia:

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

.....
(należy określić stopień wydolności organizmu)

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹ Brak pieczatek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty powoduje nieważność zaświadczenia.