

( 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/