……

(miejscowość, data)

…….

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej)

Zaświadczenie lekarskie

o niemożności uczestnictwa osoby zainteresowanej w posiedzeniu składu orzekającego

Imię i nazwisko……

Data urodzenia ……

Adres zamieszkania …….

nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo (podać charakter schorzenia)

……
……
……
……
……
……
……

Zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności.

…….

(pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie)