……..
(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 Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli z powodu schorzenia: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy określić stopień wydolności organizmu).

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

.....
/pieczęć i podpis lekarza/