

/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 Tczewie celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

.....
/pieczęć i podpis lekarza/