

Pieczęć  
Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....  
/miejsowość i data/

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Niniejszym zaświadcza się, że wnioskodawca / dziecko

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL .....

Zamieszkały/a .....

Jest niezdolny/a samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego z powodu:

1. długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, powodującej niemożność stawienia się na posiedzeniu składu orzekającego, ponieważ .....  
.....  
.....  
.....  
.....(opis stanu zdrowia)

**PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE (DRUKOWANY LITERAMI).**

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Powiatowym Zespole ds.  
Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Tomyślu.

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/