

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, od dnia ..... w związku Z .....  
.....  
.....  
.....  
.....(opis stanu zdrowia)

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

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/