

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....

(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o niemożności przybycia osoby zainteresowanej
na posiedzenie składu orzekającego**

Pan/i

Data urodzenia

Zamieszkały/a w

jest niezdolny/a 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 Nisku w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....
/pieczęć i podpis lekarza/