pieczęć zakładu opieki zdrowotnej ………………………………………………

 (miejscowość i data)

***Zaświadczenie lekarskie***

***o niemożności przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
z powodu długotrwałej, obłożnej choroby nierokującej poprawy***

Pan/i ………………………………………………………………………………………………………………………………………

data urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………………….

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………………………………………..……

Jest niezdolny/a samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z powodu schorzenia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Pińczowie celem wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

…………………………………………………………..

 ( pieczęć i podpis lekarza)