pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
` **(miejscowość, data)**

Zaświadczenie lekarskie
o niemożności przybycia osoby zainteresowanej
na posiedzenie składu orzekającego
w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności [1]

Pan/i .....
data urodzenia .....
zamieszkały/a .....
jest niezdolny/a samodzielnie przybyć na posiedzenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu schorzenia: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
(należy określić stopień wydolności organizmu)

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

[1] Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty powoduje nieważność zaświadczenia.