

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość
Data

**Zaświadczenie lekarskie o niemożliwości przybycia
osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego
w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania
Numer i seria dowodu osobistego
PESEL

Osoba jest niezdolna przybyć na posiedzenie Składu Orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej stawiennictwo.

Opis schorzenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o niepełnosprawności w Nowym Sączu, w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w trybie zaocznym.

.....
Pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

