

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenia lekarskie
o niemożności przybycia na posiedzenie składu orzekającego**

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Jest niezdolny/a samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego z powodu:

(należy określić stopień wydolności organizmu)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
(Pieczętka i podpis lekarza)

Podstawa prawna: § 8 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328 z późn. zm.)