

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o niemożności przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie Składu Orzekającego
w celu wydania Orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności**

Niniejszym zaświadcza się, że

Pan/i

PESEL

zamieszkały/a

jest trwale/okresowo niezdolny/a do przybycia na posiedzenie Składu Orzekającego z powodu:

1. jest w trakcie długotrwałej hospitalizacji od dnia

w związku z

.....

.....

.....(opis stanu zdrowia)

2. ciężka, przewlekła choroba ogranicza możliwość

poruszania

.....

.....

..... (opis stanu zdrowia)

**NALEŻY OKREŚLIĆ STOPIEŃ WYDOLNOŚCI ORGANIZMU I PRZEWIDYWANY
OKRES NIEZDOLNOŚCI DO WSTAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE**

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju w celu wydania orzeczenia niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności

.....
pieczęć i podpis lekarza