

(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**

Pan/i

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

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

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/