(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

……, _ _-_ _ - _ _ _ _ r.
(miejscowość) (data)

Zaświadczenie lekarskie [1]

Imię i nazwisko ……..
Data urodzenia _ _ -_ _ - _ _ _ _ , miejsce urodzenia ……
PESEL
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Rodzaj dokumentu tożsamości …… seria …… Nr ……
Adres zamieszkania ……_ _ -_ _ _ ……

Szczegółowy opis stanu ogólnego i/lub miejscowego pacjenta ……
……
……..
……
……
……
……
……
……
……
……
……

W związku z powyższym osoba zainteresowana lub dziecko:
nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego *z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.*

……
(pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

[1] Zaświadczenie zgodne z treścią oświadczenia znajdującego się we wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień.