

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydano na podstawie wizyty domowej (po zbadaniu pacjenta)

o niemożności przybycia osoby zainteresowanej
na posiedzeniu Składu Orzekającego celem wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Niniejszym zaświadcza się że:

Pan/i

Data urodzenia

PESEL

Zamieszkały/a

Jest trwale 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 ograniczająca możliwość poruszania się:

.....

.....

.....

.....

(opis stanu zdrowia)

NALEŻY OKREŚLIĆ STOPIEŃ WYDALNOŚCI ORGANIZMU I PRZEWIDYWANY OKRES
NIEZDOLNOŚCI DO STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu wydawania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....
pieczęć i podpis lekarza