……..... ……...
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ)
o niemożności przybycia dziecka
na posiedzenie składu orzekającego w celu wydania orzeczenia
o niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka……..
Data urodzenia ……
PESEL ……
Zamieszkały/a w …….
…….
jest niezdolny/a do osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby:
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
(należy określić stopień wydolności organizmu)

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tczewie, celem wydania orzeczenia o niepełnosprawności.

……..
(pieczęć i podpis lekarza)