



Starostwo Powiatowe w Myślenicach

32-400 Myślenice, ul. M. Reja 13, tel. 12 274 97 40, fax. 12 274 97 42

REGON: 35 15 54 459 NIP:681-16-92-325

e-mail: starostwo@myslenicki.pl

[Dashed box for location and date]

(miejsowość i data)

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o niemożności przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego

Pan/i

[Dashed box for name]

Data i miejsce urodzenia

[Dashed box for date and place of birth]

Zamieszkała/y

[Dashed box for address]

jest niezdolna/y samodzielnie przybyć na posiedzenie zespołu do spraw orzekania

o niepełnosprawności z powodu (np. czy jest osobą leżącą, czy też porusza się samodzielnie, przy pomocy kul, osób drugih)

[Large dashed box for medical certificate content]

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

[Dashed box for doctor's signature and stamp]

podpis i pieczętka lekarza