(pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o niemożności przybycia osoby zainteresowanej wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności na posiedzenie składu orzekającego

Pan/i.....
Data urodzenia.....
Zamieszkały/a w .....
Jest niezdolny/a osobiście przybyć na posiedzenie Składu Orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej odbycie podróży.

Opis schorzenia:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Hajnówce, w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w trybie zaocznym (na podst. z §1 pkt 4 rozp. MPiPS z dnia 23.12.2009 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. Dz. U. 224 poz. 1803)

.....
/pieczęć i podpis lekarz/