

(pieczęć  
zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
o niemożności przybycia osoby zainteresowanej  
wydaniem orzeczenia o 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/*