

.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....

miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Osoba w/w **nie może** uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

.....

pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie