

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania:

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....
.....

2. Czy naruszenie sprawności organizmu powodujące niepełnosprawność powoduje jednocześnie obniżoną sprawność ruchową? **Powoduje/Nie powoduje***

.....
(Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić