(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)

……..

(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby

Pan/i …… ur. …….
zamieszkały/a w ……..
leczony/a z powodu schorzenia …….....
nie może przybyć na posiedzenie zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

U z a s a d n i e n i e

……
……
……
……
……
……

……

(pieczęć i podpis lekarza)

Uwaga!

Zgodnie z treścią § 8 ust.4 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności /Dz. U. z 2003, Nr 139, poz. 1328 ze zmianami/ w przypadku gdy lekarz - przewodniczący składu orzekającego uzna posiadaną dokumentację medyczną za wystarczającą do wydania oceny stanu zdrowia, a osoba zainteresowana lub dziecko **nie mogą uczestniczyć w posiedzeniu składu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby**, **uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo**, potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim, ocena może być wydana bez badania /zaocznie/.