

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość:

Data:

***Zaświadczenie lekarskie o niemożności uczestnictwa / możliwości uczestnictwa
z pomocą osoby drugiej – w posiedzeniu składu orzekającego****
wydane dla potrzeb Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rudzie Śląskiej
(wypełnia w całości [wyłącznie jeden] lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Numer ewidencyjny PESEL:...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zamieszkania:/...../...../...../...../.....

Nazwa, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....

Stwierdzam, że ww. osoba (dziecko)*:

- ☐ **nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwalej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo tj.:**

.....
.....**¹

- ☐ **może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego – w towarzystwie osoby drugiej****

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* Niepotrzebne skreślić; przy czym przez pojęcie „dziecko” należy rozumieć osobę do 16 roku życia.

** Właściwą rubrykę: ☐ zaznaczyć stawiając w polu znak: ☒

Podstawa prawna: § 8 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 857)

¹ Należy opisać rozpoznanie długotrwalej i nierokującej poprawy choroby – uniemożliwiające osobiste stawiennictwo osoby zainteresowanej/dziecka.