

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

Miejscowość,.....
Data

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Opis stanu ogólnego i/lub miejscowego pacjenta

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

W związku z powyższym osoba lub dziecko:

- *może* uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego,
- *może uczestniczyć* w posiedzeniu składu orzekającego w towarzystwie osoby drugiej
- *nie może* uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo. *

* *właściwe podkreślić*

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie