

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

Miejscowość,.....
Data

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia.....
PESEL
Adres zamieszkania

Szczegółowy 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