

**PRZYKŁADOWY WZÓR ODWOŁANIA OD ORZECZENIA
POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

.....
miejsowość, data

Dane odwołującego się, np.:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

**w przypadku dziecka:*

działająca/y w imieniu małoletniej/go:

.....
imię i nazwisko dziecka

Wojewódzki Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w

za pośrednictwem
Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w

ODWOŁANIE

od orzeczenia Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w z dnia o numerze:
miejsowość data numer

z wnioskiem o zmianę tego orzeczenia w zakresie:

.....
**np. stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, daty początku niepełnosprawności, okresu na jaki została orzeczona niepełnosprawności lub stopień niepełnosprawności, wskazania dotyczącego...*

UZASADNIENIE

Nie zgadzam się z zaskarżonym orzeczeniem, ponieważ

.....
.....

.....
własnoręczny podpis

Załączniki:

- 1) dokumentacja medyczna