

....., dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o niemożności przybycia na komisję

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.

.....

Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* *właściwe podkreślić*