

.....
(miejsowość i data (wypełnia lekarz))

Zaświadczenie lekarskie

**wypełnić obowiązkowo, ale wyłącznie w przypadku trwałej niezdolności przybycia pacjenta na
posiedzenie składu orzekającego**

Stwierdza się, że Pan/Pani....., nr PESEL:

jest trwale niezdolny/a do przybycia na posiedzenie składu orzekającego z powodu :

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

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza wystawiającego)