

**Zaświadczenie lekarskie - dotyczy osób niepełnosprawnych /WZÓR/**

Zaświadczam, że Pan/i .....  
/ imię i nazwisko /

ur. ....,

zam. ....

jest osobą niepełnosprawną :

- a) której niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju - TAK/NIE,
- b) poruszającą się na wózku inwalidzkim. – TAK/NIE.

***W załączeniu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  
lub orzeczenie lekarza orzecznika ZUS***

.....  
/data, pieczętka i podpis lekarza /