

....., dnia

.....
Nazwa Wojewódzkiego/Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Numer ewidencyjny badania:

WYNIK BADANIA SPECJALISTYCZNEGO

.....
wykonanego w celu wydania orzeczenia przez Powiatowy/Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełno-
sprawności w

w sprawie nr:

Imię (imiona) i nazwisko osoby badanej

Data urodzenia

PESEL lub numer dowodu tożsamości*

Adres zameldowania/pobytu**

.....
Adres do korespondencji***

.....
Wynik badania

.....
Opis wyniku badania

.....
Załączniki

Osoba wykonująca badanie

.....
podpis i pieczęć

* W przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL.

** W przypadku osób bezdomnych, przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych, przebywających w zakładach karnych lub poprawczych, przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej — należy wpisać miejsce pobytu.

*** Wpisać w przypadku gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania lub pobytu.