.....
(Imię i Nazwisko)

.....

.....
(Adres)

Chrzanów, dn. .....

Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Krakowie
ul. Basztowa 22
31-156 Kraków

ODWOŁANIE

Odwołuję się od orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności* nr ..... wydanego dnia ..... przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie odnośnie : (*podać cel złożenia odwołania*)

.....

.....

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* *niepotrzebne skreślić*

.....
(podpis)