WZÓR

ODWOŁANIA OD ORZECZENIA POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

……………………………, …………………

*(miejscowość, data)*

………………………………………………………………………………...  
 *(imię i nazwisko)*

działający przez …………………………………………………………  
 *(imię i nazwisko opiekuna prawnego w przypadku małoletniego)*

Adres zamieszkania……………………………………………………

**Wojewódzkiego Zespołu do Spraw**

**Orzekania o Niepełnosprawności**

**w Województwie** ……………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

*(oznaczenie zespołu)*

Za pośrednictwem

Powiatowego Zespołu do Spraw

Orzekania o Niepełnosprawności

w Województwie ……………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

*(oznaczenie zespołu)*

**ODWOŁANIE**

Wnoszę odwołanie od orzeczenia Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Wielkopolskim z dnia ………………………..……………*(data*) o numerze .…………………………………

Wnoszę o zmianę tego orzeczenia w zakresie …..........................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(wskazać należy, czy kwestionowane jest całe orzeczenie, czy określony zakres, przykładowo: stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, okresu na jaki została orzeczona niepełnosprawności, daty początku niepełnosprawności, daty początku stopnia niepełnosprawności, wskazania dotyczącego (pkt. od 1 do 10)*…)

**UZASADNIENIE**

W powołanym orzeczeniu skład orzekający stwierdził iż, ……………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nie zgadzam się z orzeczeniem, ponieważ ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(należy opisać krótko i zwięźle z czym się nie zgadzasz i uzasadnić, można powołać się i dołączyć dowody, np. w postaci dokumentacji medycznej).*

W związku z tym wnoszę odwołanie od wskazanego powyżej orzeczenia.

…………………………………………………….

*(własnoręczny podpis)*

Załączniki:

1. *odpis odwołania,*
2. *dokumentacja medyczna.*