

Miejscowość, data

**Wojewódzki Zespół do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności**

**W.....**

**za pośrednictwem**

Miejskiego/Powiatowego Zespołu do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności w .....

**Odwołujący:**

.....

.....

.....

reprezentowany przez

.....

.....

sygn.

**ODWOŁANIE**

**od orzeczenia Miejskiego/Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

**w..... z dnia.....o numerze .....**

Niniejszym składam odwołanie od orzeczenia Miejskiego/Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w..... z dnia.....o numerze ....., doręczonego w dniu..... wraz z wnioskiem o zmianę tego orzeczenia w zakresie (*np.: stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, daty początku niepełnosprawności, okresu na jaki została orzeczona niepełnosprawności lub stopień niepełnosprawności, wskazania dotyczącego...*)

**UZASADNIENIE**

Nie zgadzam się z zaskarżonym ww. orzeczeniem, ponieważ

.....

.....

(własnoręczny podpis)

Załączniki:

- 1) dokumentacja medyczna