Świdnica, dnia .....

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

ODWOŁANIE OD ORZECZENIA

Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Województwie Dolnośląskim

za pośrednictwem

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Świdnicy
58-100 Świdnica, ul. Wałbrzyska 15

Odwołuję się od orzeczenia numer: ..... z dnia: .....

zaliczającym /nie zaliczającym/ mnie do ..... stopnia niepełnosprawności.

Swoje odwołanie uzasadniam następującymi faktami:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

/podpis/

Odwołanie złożyłem /łam/ osobiście dnia: .....