Sosnowiec, dnia……..

…….
imię i nazwisko

…….
numer PESEL

…….
seria i nr dokumentu tożsamości

Powiatowy Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Szpitalna 1
41-219 Sosnowiec

U P O W A Ż N I E N I E

Niniejszym upoważniam Panią / Pana* ……..……..

……

o numerze PESEL ..... do podejmowania następujących czynności przed Powiatowym Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu:

— złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności / wskazaniach do ulg i uprawnień;*

— odbiór zawiadomienia o terminie posiedzenia składu orzekającego;*

— odbiór orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności / wskazaniach do ulg i uprawnień.*

……..……
(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
do jego reprezentowania)

* niepotrzebne skreślić