………………………………………..

imię i nazwisko

…………………………………………

…………………………………………

adres zamieszkania

**Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania**

**o Niepełnosprawności w Katowicach**

***za pośrednictwem***

**Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania   
 o Niepełnosprawności w Żywcu**

**O D W O Ł A N I E**

Niniejszym odwołuję się od orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania   
o Niepełnosprawności w Żywcu Nr PZON-531…/……./……..z dnia ………………  
w szczególności zapisu/ punktu:…………………………………………………………………

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

**U Z A S A D N I E N I E**

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

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

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

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

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

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

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

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

…………………………… ……………………………..

miejscowość i data podpis osoby składającej odwołanie

Do odwołania załączam:

1. ………………………………………………………………………………………………...

2. ………………………………………………………………………………………………...

3. ………………………………………………………………………………………………...