………………………………………..

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