Wołomin, dnia ……………………..

……………………………..…………………………..

 imię i nazwisko

………………………………..………………………...

…………………………………………………………….

 adres

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

……………………………………………

Upoważniam Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Wołominie do wystąpienia w moim imieniu o kopię aktualnego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS oraz kopię pełniej opinii Lekarza Orzecznika ZUS z określeniem występujących schorzeń - oceny
z przebiegu badania, w celu wydania przez w/w Zespół orzeczenia o wskazaniach do ulg
i uprawnień.

………………………………….

 Podpis Wnioskodawcy