

Imię i nazwisko

Kalisz, dnia .....2024r.

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

.....

Nr telefonu

.....

Do

Powiatowego Zespołu d.s. Orzekania o

Niepełnosprawności

w Kaliszu

Zwracam się z prośbą o wydanie odpisu orzeczenia o ustalenie niepełnosprawności / stopnia niepełnosprawności, które było wydane w roku .....

Uzasadnienie.....

.....

.....

.....

.....

podpis

Odebrałem/am osobiście dnia .....

Podpis: .....