**Odwołanie od orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Stosownie do postanowień art. 6c ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2011 nr 127 poz. 721 z późn. zm.) od orzeczenia wojewódzkiego zespołu przysługuje odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem zespołu, który orzeczenie wydał.

Jeżeli wojewódzki zespół uzna, że odwołanie zasługuje w całości na uwzględnienie, wydaje orzeczenie, w którym uchyla lub zmienia zaskarżone orzeczenie. W przeciwnym przypadku wojewódzki zespół przekazuje odwołanie wraz z aktami sprawy i odpowiedzią na odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Postępowanie przed sądem jest wolne od opłat sądowych.

Odwołanie, powinno zawierać:

* imię i nazwisko lub nazwę stron, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników,
* oznaczenie zaskarżonej decyzji,
* określenie i zwięzłe uzasadnienie zarzutów i wniosków oraz dowody na poparcie przytoczonych okoliczności,
* własnoręczny podpis odwołującego się albo jego przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika,
* wymienienie załączników.

**Na drugiej stronie zamieszczono wzór odwołania do sądu**

***WZÓR ODWOŁANIA OD ORZECZENIA WOJEWÓDZKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI***

*Miejscowość, data*

*Odwołujący się, np.:*

*Imię i Nazwisko*

*ul.*

*Miejscowość*

*działający w imieniu małoletniej:*

*Imię i Nazwisko*

 *Sąd Rejonowy – Wydział Pracy*

 *i Ubezpieczeń Społecznych*

 *za pośrednictwem*

 *Wojewódzkiego Zespołu do Spraw*

 *Orzekania o Niepełnosprawności*

 *w Łodzi*

***ODWOŁANIE***

*od orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi z dnia (data) o numerze WZON.9531.…, z wnioskiem o zmianę tego orzeczenia w zakresie (np.: stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, daty początku niepełnosprawności, okresu na jaki została orzeczona niepełnosprawności lub stopień niepełnosprawności, wskazania dotyczącego…)*

***UZASADNIENIE***

*Nie zgadzam się z zaskarżonym orzeczeniem, ponieważ…*

*Wnoszę o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych lekarzy sądowych z zakresu…*

 *(własnoręczny podpis)*

*Załączniki:*

1. *odpis odwołania,*
2. *dokumentacja medyczna.*