

**ODWOŁANIE OD ORZECZENIA
WOJEWÓDZKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZECANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Szczecin, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

**w przypadku dziecka:*
działająca/y w imieniu małoletniej/go:

.....
imię i nazwisko dziecka

Sąd Rejonowy
..... Wydział Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych
w

za pośrednictwem

Wojewódzki Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Szczecinie

ODWOŁANIE

od orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w z dnia
o numerze: 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.....

