

....., dnia

.....
Nazwa Wojewódzkiego/Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Nr sprawy:

SKIEROWANIE NA BADANIE SPECJALISTYCZNE

Na badania:
rodzaj badania

Skierowanie na podstawie art. 6b¹ ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.).

Imię (imiona) i nazwisko osoby skierowanej

Data urodzenia

PESEL lub numer dowodu tożsamości*

Adres zameldowania/pobytu**

Adres do korespondencji***

Imię i nazwisko opiekuna lub przedstawiciela ustawowego

Rozpoznanie

Krótki opis choroby

Cel badania

Osoba akceptująca

.....
podpis i pieczętka

Osoba kierująca

.....
podpis i pieczętka

* W przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL.

** W przypadku osób bezdomnych, przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych, przebywających w zakładach karnych lub poprawczych, przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej — należy wpisać miejsce pobytu.

*** Wpisać w przypadku gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania lub pobytu.