Piła, dnia.....

.....

(Imię i nazwisko wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....

(miejsce zamieszkania/pobytu)

.....

(Imię i nazwisko dziecka)

Nr sprawy OAB.4013.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania

O Niepełnosprawności w Pile

Al. Niepodległości 37

64-920 Piła

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA

uwzględniającego zmianę stanu zdrowia

Na podstawie art. 6ba ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej..... (Dz. U. z 2026 r. poz. 884) wnoszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności*, uwzględniającego zmianę stanu zdrowia.

.....

(podpis wnioskodawcy)

*-niepotrzebne skreślić