WZÓR

ODWOŁANIA OD ORZECZENIA WOJEWÓDZKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

……………………………, …………………

 *(miejscowość, data)*

………………………………………………………………………………...
 *(imię i nazwisko)*

działający przez …………………………………………………………
 *(imię i nazwisko opiekuna prawnego w przypadku małoletniego)*

Adres zamieszkania……………………………………………………

**Sąd Rejonowy w ………………………**

**Wydział Pracy i Ubezpieczeń**

**Społecznych …..…….**

**………………………………………………….**

**………………………………………………….**

*(oznaczenie sądu)*

Za pośrednictwem

Wojewódzkiego Zespołu do Spraw

Orzekania o Niepełnosprawności

 w Województwie ……………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

 *(oznaczenie zespołu)*

**ODWOŁANIE**

Wnoszę odwołanie od orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Wielkopolskim z dnia ………………………..……………*(data*) o numerze .…………………………………

Wnoszę o zmianę tego orzeczenia w zakresie …..........................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(wskazać należy, czy kwestionowane jest całe orzeczenie, czy określony zakres, przykładowo: stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, okresu na jaki została orzeczona niepełnosprawności, daty początku niepełnosprawności, daty początku stopnia niepełnosprawności, wskazania dotyczącego (pkt. od 1 do 10)*…)

**UZASADNIENIE**

W powołanym orzeczeniu skład orzekający stwierdził iż, ……………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nie zgadzam się z orzeczeniem, ponieważ ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(należy opisać krótko i zwięźle z czym się nie zgadzasz i uzasadnić, można powołać się i dołączyć dowody, np. w postaci dokumentacji medycznej).*

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

W związku z tym wnoszę odwołanie od wskazanego powyżej orzeczenia.

…………………………………………………….

*(własnoręczny podpis)*

Załączniki:

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