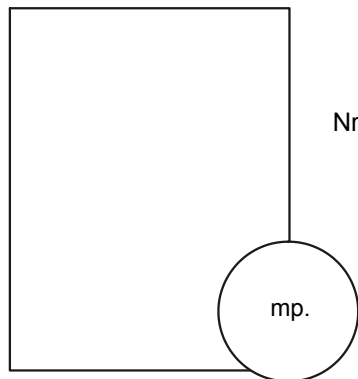


POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW
ORZEKANIA O STOPNIU
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w

LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ



Nr

Podpis właściciela:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Stopień niepełnosprawności

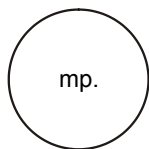
na stałe/do dnia*

Legitymacja ważna na stałe/do dnia*

.....

Legitymacja upoważnia do korzystania
z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych
przepisów.

mp.



.....
(pieczęć organu wystawiającego
i podpis oraz data)

* Niepotrzebne skreślić