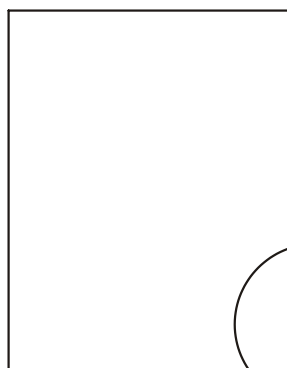
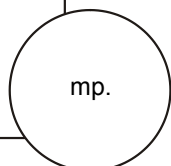


POWIATOWY ZESPÓŁ  
DO SPRAW ORZEKANIA O STOPNIU  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W .....

**LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**



Nr .....



mp.

Podpis właściciela:.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

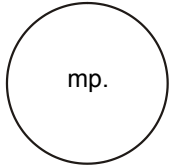
Stopień niepełnosprawności:.....

na stałe/do dnia\*:.....

Legitymacja ważna na stałe/do dnia\*:

.....

Legitymacja upoważnia do korzystania  
z ulg i uprawnień.



.....  
(data, pieczęć starosty i podpis)

\* Niepotrzebne skreślić.