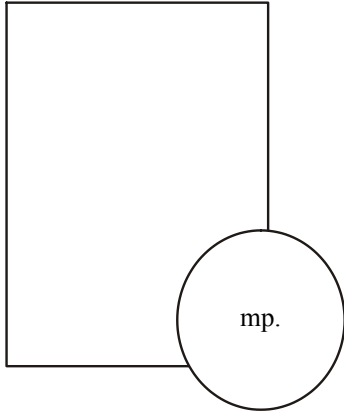


POWIATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ  
DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

w .....

LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ



Nr.....

.....  
(podpis posiadacza legitymacji)

.....  
(imię i nazwisko)

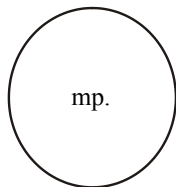
.....  
(adres zamieszkania)

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