Gdańsk, dnia ………………….

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ORZECZENIA**

**Miejski Zespół ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Gdańsku**

Nazwisko …………………………….…

Imię ……………………………….

Nr PESEL ……………………………….

Data urodzenia ……………………………….

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy …………………………....

Miejscowość …………………………....

Ulica …………………………....

Nr domu ……………………………

Nr mieszkania ……………………………

Proszę o wydanie poświadczonej kopii orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności

Orzeczenie nr …………………… wydane w dniu ………………………………

Uzasadnienie i cel prośby:

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

………………………………

Podpis wnioskodawcy