

## WZÓR ODWOŁANIA:

Miejscowość, data

*Odwołujący się, np.:*

Jan Kowalski

ul. Kościuszki ...

14 – 500 Braniewo

*(w przypadku dziecka)*

*działający w imieniu małoletniej:*

*Anny Kowalskiej*

Wojewódzki Zespól do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
w Województwie Warmińsko-Mazurskim  
za pośrednictwem  
Powiatowego Zespołu do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
w Braniewie

### ODWOŁANIE

Odwołuję się od postanowień zawartych w orzeczeniu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Braniewie z dnia ....., numer PZO.701. ....  
dotyczących *(np. zaliczenia mnie do .....stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, daty powstania niepełnosprawności, okresu na jaki została orzeczona niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności, wskazania dotyczącego ...)*

### UZASADNIENIE

Nie zgadzam się z zaskarżonym orzeczeniem, ponieważ .....

(czytelny podpis osoby odwołującej się)

Załączniki:

1. *dokumentacja medyczna.*