


**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\* .....

Symbol przyczyny niepełnosprawności \*\* .....

Legitymacja ważna na stałe/do dnia\* .....

Legitymacja upoważnia do korzystania  
z ulg i uprawnień



---

(data, pieczęć starosty i podpis)

\* Niepotrzebne skreślić.  
\*\* Wpisuje się na wniosek osoby zainteresowanej.

