………………………………………… Bochnia, dnia………………………

(Imię i nazwisko)

…………………………………………

…………………………………………

(Adres zamieszkania)

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania

o Niepełnosprawności w Bochni

 Zwracam się z prośbą o ponowne rozpatrzenie mojego wniosku z uwagi na zmianę stanu zdrowia.

……………………………………

 (czytelny podpis)