1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kamiennej Górze o każdej zmianie moich danych lub sytuacji życiowej mającej wpływ na proces orzeczniczy do momentu zakończenia postępowania o wydanie orzeczenia.

3. Zobowiązuję się dołączyć do wniosku oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego wydanego dla potrzeb Zespołu Orzekającego o Niepełnosprawności

**(ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA).**

4. Zobowiązuję się załączyć KSEROKOPIĘ dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

 ...................................................................

 podpis Wnioskodawcy