

Miejscowość, data

**Odwołujący się, np.:**

Jan Nowak

ul. ....

00-000.....

*(w przypadku dziecka)*

*działający w imieniu małoletniej:*

Anny Nowak

ul. ....

00-000.....

Sąd Rejonowy w .....

Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

**za pośrednictwem**

Wojewódzki Zespół do Spraw

Orzekania o Niepełnosprawności

w Województwie .....

**Decyzja nr:** ZN.9531.1.....

**Wpis sądowy:** wolne od opłat

**ODWOŁANIE**

Działając w imieniu własnym wnoszę odwołanie od orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie ..... z dnia *(data)* o numerze ZN.9531.1..., oraz wnoszę o zmianę tego orzeczenia w zakresie *(np.: stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, daty początku niepełnosprawności, okresu na jaki została orzeczona niepełnosprawności lub stopień niepełnosprawności, wskazania dotyczącego...)* poprzez *(np. ustalenie, że odwołujący jest osobą niepełnosprawną w stopniu...)*.

Nadto, wnoszę o:

1. dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z dokumentów w postaci dokumentacji medycznej na okoliczność ustalenia *(np. stanu zdrowia odwołującego, stopnia naruszenia sprawności organizmu, zdolności do wykonywania pracy)*;
2. dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego lekarza sądowego ze specjalizacją w zakresie ..... *(np. chirurgii, kardiologii)* na okoliczność ustalenia *(np. stanu zdrowia odwołującego, stopnia naruszenia sprawności organizmu, zdolności do wykonywania pracy)*;
3. dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z przesłuchania, w charakterze świadka..... *(podać imię i nazwisko świadka, jego adres)* *(np. stanu zdrowia odwołującego, stopnia naruszenia sprawności organizmu, zdolności do wykonywania pracy)*;
4. dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z przesłuchania, w charakterze strony, odwołującego.

**UZASADNIENIE**

Nie zgadzam się z zaskarżonym orzeczeniem, ponieważ...

**UWAGA: Odwołanie nie musi zawierać argumentacji prawnej! W odwołaniu należy przedstawić, własnymi słowami, w oparciu o posiadaną dokumentację, czemu odwołujący uważa decyzję Wojewódzkiego Zespołu za błędną!**

**TERMIN NA WNIESIENIE ODOWŁANIA: 30 OD DNIA ODBIORU ORZECZENIA**

**WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU:** sądem miejscowo właściwym jest Sąd Rejonowy – Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, w obszarze którego odwołujący ma miejsce zamieszkania. Informacja określająca właściwy sąd powinna być umieszczona w orzeczeniu WZdsON.

*(własnoręczny podpis)*

**Załączniki:**

1. dokumentacja medyczna.