

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do przepisów art. 43 pkt 2 oraz art. 229 § 4 Kodeksu pracy, orzeka się, że:

Pan(i) _____ (imię i nazwisko)

urodzony(a) dnia _____ miesiąca _____ roku _____

zamieszkały(a) w _____

zatrudniony(a) / przyjmowany(a) do pracy*

w _____ (nazwa i adres zakładu pracy/pracodawcy)

na stanowisku / na stanowisko _____

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - zdolny(a) do wykonywania pracy na ww. stanowisku*,

Data następnego
badania okresowego _____

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych - niezdolny(a) do podjęcia / wykonywania pracy na ww. stanowisku*,

3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy* z dniem _____

* Niepotrzebne skreślić

(pieczęć i podpis
lekarza przeprowadzającego
badanie profilaktyczne)

_____, dnia _____ r.

POUCZENIE:

Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić, w ciągu 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy - do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

W-ch, ul. Broniewskiego 2a, tel. (074) 84-36-049, tel./fax (074) 84-36-405, tel. (074) 84-32-767