

## 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 .....

PESEL .....

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

....., dnia ..... 20 ..... r.

### POUCZENIE:

(pieczęć i podpis  
lekarza przeprowadzającego  
badanie profilaktyczne)

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 badania lekarskie i wydania 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.