

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
lekarza prywatnie praktykującego,  
przeprowadzającego badanie profilaktyczne  
(numer identyfikacyjny REGON)

### 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.