

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

### REJESTR WYDANYCH ZAŚWIADCZEŃ

Lp. (nr)	Imię, nazwisko i adres osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika	Rodzaj zaświadczenia*	Data wydania	Potwierdzenie odbioru zaświadczenia	Uwagi
1	2	3	4	5	6

\* - Symbole rodzaju zaświadczenia:

- 21 - wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy
- 22 - wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy
- 23 - wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy
- 31 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
- 32 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie kobiety w ciąży
- 33 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na zagrożenie zdrowia młodocianego
- 34 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na podejrzenie powstania choroby zawodowej
- 35 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy.