

WZÓR

.....

(nazwa i adres zakładu pracy)

(pieczęć)

PROTOKÓŁ

kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy, przeprowadzonej w dniu

..... godz. ....

przez .....

I. Dane dotyczące osoby kontrolowanej:

1. Nazwisko i imię .....

2. Nr PESEL .....

3. Miejsce zamieszkania .....

4. Miejsce pracy .....

5. Okres orzeczonej niezdolności do pracy od ..... do .....

6. Numer zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy .....

7. Nazwisko i imię lekarza, który wydał zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy .....

.....

II. Ustalenia osób przeprowadzających kontrolę:

.....

.....

.....

.....

(podpis(y) kontrolera(ów))

III. Ewentualne zastrzeżenia osoby kontrolowanej lub domowników:

.....

.....

.....

.....

(podpis)

UWAGA: Protokół sporządza się tylko w przypadku stwierdzenia, że ubezpieczony niewłaściwie wykorzystywał zwolnienie lekarskie od pracy.

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz. U. Nr 65, poz. 743).