

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) PESEL:
(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 – jest zdolny(a) do wykonywania pracy na ww. stanowisku* **w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące**

Data następnego badania

okresowego

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

- w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące

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

- w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące

* 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 do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, w ciągu 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia, 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.