

.....
 Pieczęć jednostki organizacyjnej
 służby medycyny pracy
 (statystyczny numer identyfikacyjny REGON)

**Zaświadczenie lekarskie
 z przeprowadzonego badania dla osób podejmujących lub wykonujących prace, przy
 wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.**

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego, stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2003 r. w sprawie rodzajów badań lekarskich i laboratoryjnych, którym podlegają osoby podejmujące lub wykonujące prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby lub kształcącej się do wykonywania tych prac (Dz. U. nr 61, poz. 551), stwierdzono że:

Pan(i).....
 (imię i nazwisko)

Nr PESEL.....

zamieszkały(a)

W

.....
 zatrudniony(a)/ubiegający(a) się * o zatrudnienie

W
 (nazwa i adres jednostki org. zatrudniającej pracownika)

na stanowisku

- 1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - **zdolny(a)** do podjęcia/wykonywania* prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Data następnego badania

- 2) 2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych **niezdolny(a)** do podjęcia/wykonywania* prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

a) trwale

b) czasowo na okres

Data następnego badania

.....
 (podpis i pieczęć lekarza
 przeprowadzającego badanie)

....., dnia r.

POUCZENIE:

Osoba zainteresowana albo pracodawca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane po raz pierwszy w tym ośrodku - do jednostki badawczo- rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.*

Zaświadczenie zostało wydane w wyniku ponownego badania.*

*) niepotrzebne skreślić .