

.....
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego na wniosek pracownika niepełnosprawnego, stosownie do przepisów art. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.), stwierdzono, że:

Pan/Pani:

PESEL ***:

Zatrudniony(a) / przyjmowany(a) * do pracy na stanowisku(o):

.....

W:

.....

(nazwa i adres zakładu pracy / pracodawcy)

**może / nie może * pracować w wymiarze czasowym przekraczającym
8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo****

**może / nie może * pracować w wymiarze czasowym przekraczającym
7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo****

może / nie może * pracować w porze nocnej**

Data następnego badania:

....., dnia

.....
podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić

** punkty nie mające zastosowania wykreślić w całości

*** W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.