

# ORZECZENIE O STANIE NARZĄDÓW WZROKU

Imię i nazwisko: ..... Adam Nowak ..... data urodzenia: 15.10.94 00:00 .....

Czynnik szkodliwy .....

Ostro wzroku do dali .....

Ostro wzroku do bliżej .....

Pole widzenia .....

Rozpoznawanie barw: .....

P.O.

L.O.

Stwierdzone zmiany nie -- mają związek z wykonywaną pracą

Nie -- może pracować na stanowisku

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

Czersk , dnia 21/10/2020