

.....
(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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.), stwierdzono, że:

Pana/ Pani: **Piotr Kwiatkowski**

PESEL ***: **62111529957**

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

pracownik biurowy

w: **Firma produkcyjna "Gama", Warszawska 47, 80-600 Bielsko Biała**

.....
(nazwa i adres zakładu pracy / pracodawcy)

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

Data następnego badania: **2023-10-21**

Czersk, dnia 2020-10-21

.....
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.