Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Załącznik Nr 9 do SWZ

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do przepisów art. 43 pkt. 2 i art. 229 § 4 Kodeksu Pracy oraz Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 27.10.2005 r. ( Dz. U. Nr 261 poz. 2191 oraz z 2018 r. poz. 673) orzeka się:

Pan/ Pani

……………………………………………………………………………………………………………

( imię i nazwisko)

PESEL: ………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………

Zatrudniony(a) w : **KOMENDA MIEJSKA PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ m. st. WARSZAWY**

na stanowisku :…………………………………………………………………………..………….., praca na wysokości powyżej 3 metrów, zdolny(a) do ćwiczeń fizycznych \*

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych – zdolny(a) do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych na stanowisku służbowym \*

**Data następnego badania okresowego**…………………………………………………………..

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych – zdolny(a) do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych na stanowisku z ograniczeniem \*

……………………………………………………………………………………………………………( treść przeciwwskazania lub rodzaj ograniczenia)

3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych – niezdolny(a) do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych na przewidzianym stanowisku służbowym \*

4) wobec przeciwwskazań zdrowotnych – utracił(a) zdolność do wykonywania obowiązków służbowych na zajmowanym stanowisku służbowym \*

Warszawa, dnia…………………………

………………………………………………………

(pieczęć i podpis lekarza

przeprowadzającego badania profilaktyczne)

\* niepotrzebne skreślić

**Pouczenie:**

Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymują zaświadczenie lekarskie – w przypadku zastrzeżeń co do treści zaświadczenia – może wystąpić w ciągu 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Warszawie, Al. Wojska Polskiego 25, 01-515 Warszawa. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.