

Białystok, dnia r.

pieczęć

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do przepisów: określonych w Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 27.10.2005 r. w sprawie zakresu, trybu i częstotliwości przeprowadzania okresowych profilaktycznych badań lekarskich oraz okresowej oceny sprawności fizycznej strażaka Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Nr 261, poz. 2191), badań profilaktycznych pracowników Państwowej Straży Pożarnej określonych w art. 229 § 1, 2 i 5 Kodeksu pracy (tj. Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.) oraz w ustawie o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 r. (tj. Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.) i aktach wykonawczych, orzeka się, że:

Pan (i)
(imię i nazwisko)

urodzony(a) dnia miesiąc rok

zamieszkały(a) w

zatrudniony(a) w

(nazwa i adres zakładu pracy)

na stanowisku

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych- zdolny(a) do wykonywania pracy na ww. stanowisku *

Data następnego badania

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do podjęcia/ wykonywania pracy na ww. stanowisku *

3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych- utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy *

z dniem

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

Data badania

POUCZENIE

Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący zaświadczenie lekarskie- w przypadku zastrzeżeń, co do treści tego 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, a w przypadku, gdy zaświadczenie zostało wydane w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy- do jednostki badawczo- rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

(pieczęć nagłówkowa zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badań lekarskich na podstawie § 2 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2009 roku w sprawie przeprowadzania okresowych bezpłatnych badań lekarskich członka ochotniczej straży pożarnej biorącego bezpośredni udział w działaniach ratowniczych (Dz. U. 2009 Nr 210 poz. 1627) orzeka się, że

Pan/Pani*
(wpisać imię i nazwisko)

syn/córka* urodzony/urodzona* dnia
(wpisać imię ojca) (wpisać datę)

W w województwie
(wpisać nazwę miejscowości) (wpisać nazwę województwa)

zamieszkały/zamieszkała* w
(wpisać adres)

posiadający/posiadająca* numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL nazwa i numer dokumentu
 potwierdzającego tożsamość o numerze)
(wpisać nazwę dokumentu) (wpisać numer dokumentu)

który/która * w Ochotniczej Straży Pożarnej w
(wpisać nazwę OSP) (wpisać adres OSP)

Pełni funkcję
(wpisać nazwę funkcji)

wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny/zdolna - niezdolny/niezdolna *
 do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych polegających na walce z pożarami,
 klęskami żywiołowymi i innymi miejscowymi zagrożeniami przy pomocy specjalistycznego
 sprzętu, w tym również sprzętu ochrony dróg oddechowych.

Ponadto stwierdzam, że wymieniony/wymieniona* jest zdolny/zdolna* do udziału:

- w szkoleniach ratowniczych,
- w zawodach sportowych,
- w zawodach sportowo-pożarniczych,
- w ćwiczeniach ratowniczych.

Zaświadczenie jest ważne do dnia

Uwaga: niniejsze zaświadczenie lekarskie może być wydane na okres nie dłuższy niż 3 lata.

.....
(miejscowość i data)

.....
 podpis i pieczęć lekarza

(opracowanie do badań prechwytyczych osób, u których występuje naruszenie na
 przykład schizofrenia dla zdrowia)

* niepotrzebne skreślić