..... (Pieczęć zakładu)

..... (Miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku przeprowadzanego badania profolaktycznego (okresowe*, kontrolne* inne*) funkcjonariusz SW:

imię i nazwisko : .....

data urodzenia : .....

nazwa jednostki organizacyjnej SW :.....

stanowisko służbowe : .....
oraz oceny narażeń występujących na stanowisku służby, na podstawie Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2009 r. W sprawie zadan służby medycyny pracy wynikających ze specyfiki ryzyka zawodowego w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. Nr 131, pozycja. 1081) informuję o :

1. Braku wskazań zdrowotnych do skierowania na komisje lekarską MSWiA*

   data następnego badania okresowego..... .....

2. Konieczności skierowania na komisję lekarską MSWiA celem*
   a) ustalenia stopnia zdolności do służby*
   b) ustalenia zdolności do służby na zajmowanym stanowisku*
   c) określenia potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego*

* niepotrzebne skreślić

.

.....
(Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne)

Wykonano w 3 egz.
1 - przełożony ds. Osobowych
2 - badany funkcjonariusz
3 - aa

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl