

**ORZECZENIE LEKARSKIE**  
**DO CELÓW SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNYCH**

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego, na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2023 poz. 1284)

**stwierdzam, że:**

P a n (i) .....

Nr PESEL .....

zamieszkały(a) w .....

zatrudniony(a)/ ubiegający(a) się o zatrudnienie/ rozpoczynający(a) naukę \*

W .....

na stanowisku .....

1. **wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - zdolny(a)** do: podjęcia / wykonania prac / rozpoczęcia nauki, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Data następnego badania .....

2. ~~wobec przeciwwskazań zdrowotnych - niezdolny do: podjęcia / wykonywania prac/ rozpoczęcia nauki, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby, w procesie~~

- a. ~~trwale~~  
b. ~~czasowo na okres~~

Data następnego badania .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

....., dnia .....

**POUCZENIE:**

Osoba zainteresowana/przedsiębiorca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku, gdy zaświadczenie zostało wydane po raz pierwszy w tym ośrodku – do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie\* Zaświadczenie zostało wydane w wyniku ponownego badania\*

\* Niepotrzebne skreślić.

**ORZECZENIE LEKARSKIE**  
**DO CELÓW SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNYCH**

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego, na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2023 poz. 1284)

**stwierdzam, że:**

P a n (i) .....

Nr PESEL .....

zamieszkały(a) w .....

zatrudniony(a)/ ubiegający(a) się o zatrudnienie/ rozpoczynający(a) naukę \*

W .....

na stanowisku .....

1. **wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - zdolny(a)** do: podjęcia / wykonania prac / rozpoczęcia nauki, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Data następnego badania .....

2. ~~wobec przeciwwskazań zdrowotnych - niezdolny do: podjęcia / wykonywania prac/ rozpoczęcia nauki, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby, w procesie~~

- a. ~~trwale~~  
b. ~~czasowo na okres~~

Data następnego badania .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

....., dnia .....

**POUCZENIE:**

Osoba zainteresowana/przedsiębiorca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku, gdy zaświadczenie zostało wydane po raz pierwszy w tym ośrodku – do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie\* Zaświadczenie zostało wydane w wyniku ponownego badania\*

\* Niepotrzebne skreślić.