

.....  
(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 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), stwierdzono, że:

Pan/Pani: .....

PESEL \*\*\*: .....

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

.....

W: .....

.....

(nazwa i adres zakładu pracy / pracodawcy)

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

może / nie może \* pracować w wymiarze czasowym przekraczającym  
7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo\*\*

może / nie może \* pracować w porze nocnej\*\*

Data następnego badania: .....

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