

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku przeprowadzonego badania funkcjonariusza Służby Więziennej, emeryta/rencisty Służby Więziennej*):

imię i nazwisko:

data urodzenia:

adres zamieszkania:

nazwa jednostki organizacyjnej:

stanowisko służbowe:

i oceny narażeń występujących na stanowisku służby, na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2009 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy wynikających ze specyfiki ryzyka zawodowego w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. poz. 1081), informuję:

- 1) o konieczności skierowania na komisję lekarską w celu ustalenia rozpoznania choroby i stwierdzenia jej związku ze służbą*);
- 2) o braku podstaw do rozpoznania choroby i stwierdzenia jej związku ze służbą*).

.....
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)

.....
*) Niepotrzebne skreślić.

Wykonano w 3 egz.

1 – przełożony ds. osobowych

2 – badany

3 – a/a