....................................................................................................

(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

## Orzeczenie lekarskie

**do celów sanitarno-epidemiologicznych**

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie art. 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845 t.j.)

U Pani/Pana .......................................................................................................

PESEL ...............................................................................................................

Miejsce zamieszkania .......................................................................................

Miejsce pracy/ nauki\* .......................................................................................

............................................................................................................................

Stanowisko ……………………………………………………………………

1. Nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia/ wykonywania\* pracy/nauki\*, przy wykonywaniu której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby\*
2. Stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne do pracy/nauki\*, przy wykonywaniu której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby\*
3. trwale
4. czasowo na okres

Data następnego badania ..................................

............................................

Oznaczenie i podpis lekarza

Data ..................................

\*niepotrzebne skreślić

....................................................................................................

(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

## Orzeczenie lekarskie

**do celów sanitarno-epidemiologicznych**

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie art. 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845 t.j.)

U Pani/Pana .......................................................................................................

PESEL ...............................................................................................................

Miejsce zamieszkania .......................................................................................

Miejsce pracy/ nauki\* .......................................................................................

............................................................................................................................

Stanowisko ……………………………………………………………………

1. Nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia/ wykonywania\* pracy/nauki\*, przy wykonywaniu której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby\*
2. Stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne do pracy/nauki\*, przy wykonywaniu której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby\*
3. trwale
4. czasowo na okres

Data następnego badania ..................................

............................................

Oznaczenie i podpis lekarza

Data ..................................

\*niepotrzebne skreślić