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

(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

Rodzaj badania lekarskiego: wstępne, okresowe, kontrolne

**ORZECZENIE LEKARSKIE NR ....................... / 20…….r.**

**wydane na podstawie skierowania na badania lekarskie z dnia : ………………………**

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do art. 43 pkt 2 i art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), orzeka się, że:

Pan(i): .............................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr PESEL \*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

zamieszkały(-ła) w : ……………………………………………………………………………….

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudniony(-na) / przyjmowany(-na)\*) do pracy w:

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

……………………………………………………………………………………………………….

(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku / stanowiskach / stanowisko / stanowiska\*)

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

□wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny(-na) do wykonywania/podjęcia\*) pracy na

określonym stanowisku (symbol 21)\*)

□wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny(-na) do wykonywania/podjęcia\*) pracy na określonym stanowisku (symbol 22)\*)

□wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem ................................................................. (symbol 23)\*).

Data następnego badania okresowego: ........................................................

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

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie)

﻿**Pouczenie:**

1.\*\*\*) Osoba badana lub pracodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego

wnieść odwołanie wraz z jego uzasadnieniem za pośrednictwem lekarza, który je wydał, do jednego z podmiotów odwoławczych, którymi są:

1) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy właściwe ze względu na miejsce świadczenia pracy lub siedzibę jednostki organizacyjnej, w której jest zatrudniony pracownik;

2) instytuty badawcze w dziedzinie medycyny pracy lub Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy;

3) Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez Kolejowy Zakład Medycyny Pracy;

4) podmioty lecznicze utworzone i wyznaczone przez Ministra Obrony Narodowej.

2. Orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwołania jest ostateczne.

3. Orzeczenie lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba badana, a drugi pracodawca.

**Symbole rodzaju orzeczenia :**

21 −wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy

22 −wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym)stanowisku pracy

23 −wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy

**Objaśnienia:**

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\*\*) Skreślić w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego w trybie odwoławczym

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

(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

Rodzaj badania lekarskiego: wstępne, okresowe, kontrolne

**ORZECZENIE LEKARSKIE NR ....................... / 20…….r.**

**wydane na podstawie skierowania na badania lekarskie z dnia : ………………………**

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do art. 43 pkt 2 i art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), orzeka się, że:

Pan(i): .............................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr PESEL \*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

zamieszkały(-ła) w : ……………………………………………………………………………….

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudniony(-na) / przyjmowany(-na)\*) do pracy w:

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

……………………………………………………………………………………………………….

(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku / stanowiskach / stanowisko / stanowiska\*)

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

□wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny(-na) do wykonywania/podjęcia\*) pracy na

określonym stanowisku (symbol 21)\*)

□wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny(-na) do wykonywania/podjęcia\*) pracy na określonym stanowisku (symbol 22)\*)

□wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem ................................................................. (symbol 23)\*).

Data następnego badania okresowego: ........................................................

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

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie)

﻿**Pouczenie:**

1.\*\*\*) Osoba badana lub pracodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego

wnieść odwołanie wraz z jego uzasadnieniem za pośrednictwem lekarza, który je wydał, do jednego z podmiotów odwoławczych, którymi są:

1) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy właściwe ze względu na miejsce świadczenia pracy lub siedzibę jednostki organizacyjnej, w której jest zatrudniony pracownik;

2) instytuty badawcze w dziedzinie medycyny pracy lub Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy;

3) Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez Kolejowy Zakład Medycyny Pracy;

4) podmioty lecznicze utworzone i wyznaczone przez Ministra Obrony Narodowej.

2. Orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwołania jest ostateczne.

3. Orzeczenie lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba badana, a drugi pracodawca.

**Symbole rodzaju orzeczenia :**

21 −wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy

22 −wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym)stanowisku pracy

23 −wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy

**Objaśnienia:**

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\*\*) Skreślić w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego w trybie odwoławczym