

……………………………………

*Miejscowość, data*

*pieczęć zakładu leczniczego/indywidualnej*

*/ indywidualnej specjalistycznej /*

*grupowej praktyki lekarskiej*

*pieczęć lekarza upoważnionego do orzekania na*

*podstawie przepisów o przeprowadzaniu badań*

*lekarskich pracowników w zakresie profilaktycznej*

*opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń*

*wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy*

**ORZECZENIE Nr …….. /…………….**

Na podstawie art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125), po przeprowadzeniu badania lekarskiego w dniu ……………………, stwierdzam, że Pan(i) .......................................................................... ....................................................................................................................................................

*imię i nazwisko*

posiadający(a) tytuł zawodowy \*lekarza \*lekarza dentysty,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***nr PESEL***

zamieszkały(a) .........................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...,

posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu

\*lekarza w rozumieniu art. 2 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza   
i lekarza dentysty.

\*lekarza dentysty w rozumieniu art. 2 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

…………………..…… ………………………….

*miejscowość, data podpis i pieczątka lekarza*

*\* niepotrzebne skreślić*