

(pieczęć zakładu)

....., dnia ..... 20 ..... r.  
(miejscowość)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Data urodz. .... PESEL 

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

Nazwa i nr dokumentu tożsamości\* .....

Zamieszkały(a) .....

Rozpoznanie\*\* .....

.....

.....

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia .....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

\* Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych

\*\* W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.