

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

dzień

\_\_\_\_\_

miesiąc

20\_\_\_\_r.

\_\_\_\_\_

rok

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Pesel \_\_\_\_\_

Nazwa i nr dowodu tożsamości\* \_\_\_\_\_

Zamieszkały(a) \_\_\_\_\_

Rozpoznanie\*\* \_\_\_\_\_

Cel wydania zaświadczenia \_\_\_\_\_

**WZŁÓR**

\* 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.

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis lekarza \_\_\_\_\_