

.....
(pieczętka pracodawcy)

WNIOSEK

Wydany na podstawie art. 15 i art. 16 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997 (Dz. 2018 z poz.511z późniejszymi zmianami)

o wyrażenie zgody lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad zatrudnionym pracownikiem

W
na stanowisku
z określonym stopniem niepełnosprawności
Nazwisko i imię PESEL
zam.

- na wydłużenie normy czasu pracy*

- przekraczającym 8 godz. / dobę , 40 godz. / tygodniowo
- przekraczającym 7 godz. / dobę i 35 godz. / tygodniowo

- na pracę w porze nocnej*

Data

Podpis pracownika

* Właściwie zaznaczyć

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

CENTRUM MEDYCZNE
35-055 Rzeszów, ul. Szopena 1
PRZYCHODNIA MEDYCZYNY PRACY
al. T. Rejtana 53, 35-326 Rzeszów
tel. 17 865 20 01, fax. 17 865 20 10



Wydane na podstawie art. 15 i art. 16 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997 (Dz. 2018 poz. 511 z późniejszymi zmianami)

W wyniku przeprowadzonej analizy środowiska pracy i oceny stanu zdrowia:

u pracownika PESEL
zatrudnionego w
na stanowisku
ze stopniem niepełnosprawnościwg kodu

stwierdza się na jego wniosek, że:

- **Może** * / **nie może** * pracować w wymiarze czasowym przekraczającym 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo
- **Może** * / **nie może** * pracować w wymiarze czasowym przekraczającym 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo
- **Może** * / **nie może** * pracować w porze nocnej

Zalecane p – wskazania
.....
.....

Termin badania okresowego jest ważny do

Rzeszów dnia

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* Właściwie zaznaczyć