

.....  
(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. U. z 2023r. poz. 100)

### o wyrażenie zgody lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad zatrudnionym pracownikiem

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

- na wydłużenie normy czasu pracy lub określenie innego czasu pracy \*

- przekraczającym 8 godz./dobę , 40 godz. /tygodniowo
- przekraczającym 7 godz./dobę i 35 godz. /tygodniowo
- określić inny czas pracy.....

- na pracę w porze nocnej \*

Data .....

Podpis pracownika .....

Właściwe zaznaczyć\*

Wniosek wydany w 2-ch egzemplarzach (dla pracodawcy i lekarza medycyny pracy).

**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



## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na wniosek pracownika niepełnosprawnego, na podstawie art.16 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 100), u:

Pana/Pani: ..... PESEL \*\*\* .....

Zatrudnionego(nej) / przyjmowanego(nej) \* do pracy na stanowisku(o):  
.....  
.....

W .....  
.....

- 1) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na odstąpienie od normy czasu pracy dla osoby niepełnosprawnej wynikającej z art. 15 ust. 1 ww. ustawy (8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo)\*\*
- 2) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na odstąpienie od skróconej normy czasu pracy dla osoby niepełnosprawnej wynikającej z art. 15 ust. 2 ww. ustawy (7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo)\*\*
- 3) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*\* na pracę w porze nocnej\*\*
- 4) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*\* na pracę w godzinach nadliczbowych\*\*

Data następnego badania: .....

....., dnia .....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* punkty nie mające zastosowania wykreślić w całości

\*\*\* w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

20.02.2023