.....
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie)

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na wniosek pracownika niepełnosprawnego, na podstawie art.16 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44), u:

Pana/Pani: …….....……...

PESEL ***: …….....

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

w: ..... .....…
(nazwa i adres zakładu pracy / pracodawcy)
.....……

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 .....…... .....
podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić
** punkty nie mające zastosowania wykreślić w całości
*** w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamości