

.....
(pieczęć przychodni lub gabinetu lekarskiego)

ŚWIADECTWO ZDROWIA Nr pracownika statku żeglugi śródlądowej

Nazwisko i imię

Data urodzenia Płeć:* mężczyzna kobieta
(dzień, miesiąc, rok)

Stanowisko/zawód**

Adres zamieszkania

Numer dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości: seria numer
(nazwa innego dokumentu)

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2003 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej (Dz.U. Nr 199, poz. 1949).

Na podstawie przeprowadzonego badania medycznego:* wstępnego okresowego kontrolnego doraźnego i uzyskanych wyników badania stwierdzam, że w/wym. jest:*

zdolny niezdolny

do pracy na statkach żeglugi śródlądowej, na stanowiskach:

.....
.....

bez ograniczeń* z ograniczeniami

.....
(informacja o ograniczeniach)
.....

Termin ważności świadectwa:

--

Miejsce i data badania

.....
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

Potwierdzam, że zostałem zapoznany z treścią wyników badania i niniejszego świadectwa zdrowia, a także o przysługującym prawie do złożenia, w terminie 7 dni, wniosku o ponowne przeprowadzenie badania.

Podpis badanego

*) – odpowiednie zaznaczyć
**) – niepotrzebne skreślić

POUCZENIE

Osoba badana lub armator otrzymujący świadectwo zdrowia, w przypadku zastrzeżeń co do treści tego świadectwa, może wystąpić w terminie siedmiu dni od dnia jego otrzymania i za pośrednictwem lekarza, który wydał to świadectwo, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, właściwym ze względu na siedzibę jednostki organizacyjnej, w której pracownik jest zatrudniony.