

(pieczęćka zakładu)

....., dnia ..... 20 ..... r.  
(miejscowość)

Nr Regon .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię/imiona .....

Data urodzenia ..... Nazwa i nr dowodu osobistego\* .....

..... PESEL .....

Zamieszkały(a) .....

.....

.....

Rozpoznanie\*\* .....

.....

Cel wydania zaświadczenia .....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

\* Wypełnić 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.

\*Mz/L-1