

(Pieczęć zakładu)

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Data urodz. .... PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nazwa i nr dowodu tożsamości\*) .....

Zamieszkały(a) .....

Rozpoznanie\*\*) .....

.....

.....

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia .....

.....

\*) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

(Pieczęć i podpis lekarza)

\*\*) 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. Skład i druk: "APOL" 21-300 Radzyń Podl. tel./fax (83) 352-05-64 352-96-45, www.apol.eu