

(pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą) [1]

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O ZWIĄZKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
Z WYPADKIEM PRZY PRACY LUB WYPADKIEM
W DRODZE DO PRACY LUB Z PRACY**

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO	
01. Numer PESEL (1) <input type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text"/>
04. Nazwisko <input type="text"/>	03. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>
05. Imię <input type="text"/>	06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES ZAMIESZKANIA			
01. Kod pocztowy <input type="text"/>	02. Poczta <input type="text"/>		
03. Gmina / Dzielnica <input type="text"/>			
04. Miejscowość <input type="text"/>			
05. Ulica <input type="text"/>			
06. Numer domu <input type="text"/>	07. Numer lokalu <input type="text"/>	08. Symbol państwa (1)(2) <input type="text"/>	
09. Zagraniczny kod pocztowy (1) <input type="text"/>	10. Nazwa państwa (1) <input type="text"/>		

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

DANE IDENTYFIKACYJNE LEKARZA	
01. Nazwisko <input type="text"/>	
02. Imię <input type="text"/>	
03. Identyfikator <input type="text"/>	

Zaświadczam, że niezdolność do pracy wyżej wymienionej / wymienionego w okresie

Data od (dd / mm / rrrr): do: jest następstwem wypadku: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

przy pracy

w drodze do pracy

w drodze z pracy

Data (dd / mm / rrrr):

z dnia:

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Pieczęć i podpis lekarza) [1]

[1] Na dokumencie w formie papierowej wymagane są pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz podpis i pieczęć lekarza.