

WZÓR

**ZAŚWIADCZENIE
O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM**

*(nadruk lub pieczętka zawierające co najmniej nazwę (firmę),
adres, numer telefonu i numer REGON podmiotu wydającego zaświadczenie)*

W wyniku przeprowadzonego w dniu o godzinie lekarskiego badania kwalifikacyjnego
zaświadcza się, że:

u Pana/í urodzonego/ej w dniu zamieszkałego/ej w

.....
(adres zamieszkania)

numer PESEL lub numer dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

.....
 stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

.....
w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

.....
dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia

..... *)

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, dające podstawy do
długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia, i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni.

..... **)

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA **)

..... dnia

(miejscowość)

.....
(nadruk lub pieczętka lekarza zawierające co najmniej imię, nazwisko
i numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis)

*) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.

**) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni.