

m.p.

dn.

## Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | data ur. \_\_\_\_\_

nazwa i nr dowodu tożsamości <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

zamieszkały(a) \_\_\_\_\_

rozpoznanie <sup>2)</sup> \_\_\_\_\_

cel wydania zaświadczenia \_\_\_\_\_

### Uwaga:

- 1) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.
- 2) W zaświadczeniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis lekarza