

(pieczęć przychodni lub gabinetu
lekarskiego)

ŚWIADECTWO ZDROWIA Nr

członka załogi statku żeglugi śródlądowej

1. **WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI** 2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim 3. Pola wyboru zaznacz **X** lub **✓**

Nazwisko i imię

Data urodzenia - - Płeć* M K

 dd-mm-rrrr

Stanowisko/zawód*

Adres zamieszkania

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Rodzaj dokumentu
Seria i numer

 niepotrzebne skreślić

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2003 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej (Dz.U. Nr 199, poz. 1949).

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania medycznego:*

WSTĘPNEGO OKRESOWEGO KONTROLNEGO DORAŻNEGO

i uzyskanych wyników badań stwierdzam, że w/wym. jest :*

ZDOLNY NIEZDOLNY

do pracy na statkach żeglugi śródlądowej, na stanowiskach:*

KIEROWNIK STATKU STERNIK BOSMAN STARSZY MARYNARZ
 MARYNARZ MŁODSZY MARYNARZ SZYPER PRZEWOŹNIK
 STERMOTORZYSTA KIEROWNIK MASZYN MOTORZYSTA MARYNARZ MOTORZYSTA
 BEZ OGRANICZEŃ Z OGRANICZENIAMI

 zaznaczyć odpowiednie

(informacje o ograniczeniach)

Termin ważności świadectwa

Miejsce i data badania

.....
pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

Potwierdzam, że zostałem zapoznany z treścią wyników badań i niniejszego świadectwa zdrowia, a także o przysługującym prawie do złożenia, w terminie 7 dni wniosku o ponowne przeprowadzenie badania.

.....
podpis badanego

POUCZENIE Osoba badania lub armator otrzymujący świadectwo zdrowia, w przypadku zastrzeżeń co do treści tego świadectwa, może wystąpić w terminie siedmiu dni od dnia jego otrzymania za pośrednictwem lekarza, który wydał to świadectwo, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy, właściwym ze względu na siedzibę jednostki organizacyjnej w, której pracownik jest zatrudniony