

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### Dane ubezpieczonego

[illegible]

## Dane członka rodziny pozostającego po opiece¹

[illegible]

### Niezdolność do służby

Od							
Do							
Kod <sup>2</sup>							
Inne <sup>3</sup>							


Adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do służby

[illegible]

Data wystawienia dokumentu

381 / 508 / 019

**Pieczętka podmiotu wykonującego działalność leczniczą**



Podpis i pieczęć lekarza

\* - należy wypełnić, jeśli zwolnienie lekarskie obejmuje okres, w którym funkcjonariusz jest zwolniony od zajęć służbowych z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny

<sup>2</sup> - należy wpisać: 1 - jeśli chory powinien leżeć; 2 - jeśli chory może chodzić

\* - należy wypełnić dodatkowe, istotne informacje, np. 1 - pobyt w szpitalu; 2 - choroba przypadająca w okresie ciąży; 3 - ciągłość niezdolności do pełnienia służby; 4 - niezdolność do pełnienia służby spowodowana zakażeniem lub chorobą zakaźną w szczególności gruźlicą; 5 - inne (podać jakie)