

Pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O ZWIĄZKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Z CHOROBAŁ ZAWODOWAŁ/WYPADKIEM

Instrukcja wypełniania

Zaświadczenie to wystaw, jeżeli stwierdzisz, że niezdolność do pracy Twojego pacjenta wiąże się z chorobą zawodową lub jest następstwem wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Poła wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołwkiem)

Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
Data urodzenia	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
	<p>dd / mm / rrrr</p> <p>Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL</p>																						
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość																							
	<p>Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL</p>																						
Imię																							
Nazwisko																							
Ulica																							
Numer domu		Numer lokalu																					
Kod pocztowy		Miejscowość																					
Nazwa państwa																							
	<p>Podaj, jeśli adres jest inny niż polski</p>																						

Zaświadczam, że niezdolność do pracy osoby ubezpieczonej:

Wybierz, czego dotyczy zaświadczenie

w okresie

Podaj datę od-do

pozostaje w związku z chorobą zawodową

jest następstwem wypadku (wybierz rodzaj wypadku):

przy pracy

w drodze
do pracy

w drodze
z pracy

z dnia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Pieczęć i podpis lekarza

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>