

**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/i ..... 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.