

WZÓR

**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.