



Pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O ZWIĄZKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Z CHOROBA ZAWODOWĄ/ 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. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane osoby ubezpieczonej

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

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>