

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres)
.....

Lekarz medycyny pracy/ Lekarz prowadzący

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO ZEZWALAJĄCEGO NA WYKONYWANIE PRACY W WYMIARZE 8 GODZIN NA DOBĘ I 40 GODZIN TYGODNIOWO

Zważywszy, że posiadam orzeczony stopień niepełnosprawności ustalony na okres od dnia do dnia....., zwracam się z prośbą (zgodnie z przysługujący, prawem przewidzianym w art. 16.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych), o wydanie zaświadczenia lekarskiego zezwalającego na wykonywanie pracy:

- € przez 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo*
- € w godzinach nadliczbowych
- € w godzinach nocnych
- € w godzinach nocnych od 6.00 do 7.00

Z poważaniem

*dotyczy osób o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności