

.....
pieczęć zakładu leczniczego
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

*Na podstawie art. 28 pkt 3)/art. 31 pkt 3) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach
pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 551)*

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Po przeprowadzeniu badania lekarskiego stwierdzam, że:

Pani/Pan

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

posiadająca/cy tytuł zawodowy pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej/położnego*
i ubiegająca/cy się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu posiada stan zdrowia
pozwalający na wykonywanie zawodu w rozumieniu art. 4/art. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011
r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 551).

.....
podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie**

* niepotrzebne skreślić

** upoważnionego do orzekania na podstawie przepisów o przeprowadzeniu badań lekarskich
pracowników w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami