

.....
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

ORZECZENIE LEKARSKIE NR/(rok)

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty, stosownie do art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 1419), orzeka się, co następuje:

Pan(i),
(imię i nazwisko)

n r
PESEL **)

zamieszkały(-ła) w,
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
.....
wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny (-na)/ nie jest zdolny (-na) do wykonywania pracy w zawodzie farmaceuty.

Uwagi lekarza:
.....

.....
(miejscowość, data)

(pieczęćka i podpis lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie)