

SWIADECTWO ZDROWIA NR

PRACOWNIKA STATKU ŻEGLUGI ŚRÓDLĄDOWEJ

Nazwisko i imiona

/

/

Data urodzenia: dzień miesiąc rok

Płeć: ☐ mężczyzna, ☐ kobieta*

* **zakreślić właściwy kwadrat**

Stanowisko:* ☐ kierownik: ☐ statku lub ☐ łodzi: ☐ o napędzie mechanicz. lub ☐ bez napędu mechanicz.

☐ kapitan ☐ sternik ☐ bosman ☐ starszy marynarz ☐ marynarz ☐ młodszy marynarz

☐ szyper ☐ sternotorzysta ☐ przewoźnik promowy/łodziowy

☐ mechanik ☐ motorzysta ☐ marynarz motorzysta. Zawód:

* **Właściwe kwadraty zaznaczyć znakiem „X”, pozostałe kwadraty i stanowiska należy przekreślić.**

Adres zamieszkania :

☐ dowód osobisty lub ☐ żeglarska książeczka pracy lub ☐ paszport: seria: numer:

Został poddany badaniu lekarskiemu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2003 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej (Dz.U. Nr 199, poz. 1949).

Posiadając prawo wykonywania zawodu lekarza i uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników, na podstawie przeprowadzonego badania medycznego i uzyskanych wyników stwierdzam, że badany jest:*

☐ zdolny do pełnienia obowiązków ☐ niezdolny do pełnienia obowiązków

☐ zdolny ☐ w służbie pokładowej ☐ w służbie maszynowej

☐ niezdolny ☐ w służbie pokładowej ☐ w służbie maszynowej

☐ bez ograniczeń ☐ z ograniczeniami ☐ z następującymi uwagami ☐ wymagany kontakt wzrokowy ☐ tak ☐ nie.

* **Właściwe kwadraty zaznaczyć znakiem „X”, pozostałe kwadraty i treść należy przekreślić.**

Opis ograniczeń lub uwag (tj. określona pozycja pracy, typ statku, obszar pływania)

Miejsce badania Data badania (dzień/ miesiąc/ rok)/...../.....

Data ważności świadectwa zdrowia (dzień/ miesiąc / rok)/...../.....

Pieczętka imienna lekarza badającego (czytelnie)

Podpis lekarza badającego

Potwierdzam, że zostałem zapoznany z treścią wyników badania i niniejszego świadectwa zdrowia, a także o przysługującym prawie do złożenia, w terminie 7 dni, wniosku o ponowne przeprowadzenia badania.

Podpis badanego
(złożony w obecności lekarza badającego)

POUCZENIE

Osoba badana lub armator otrzymujący świadectwo zdrowia, w przypadku zastrzeżeń co do treści tego świadectwa, może wystąpić w terminie siedmiu dni od dnia jego otrzymania i za pośrednictwem lekarza, który wydał to świadectwo, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, właściwym ze względu na siedzibę jednostki organizacyjnej, w której pracownik jest zatrudniony.