

.....  
(pieczęć przychodni lub gabinetu lekarskiego)

## ŚWIADECTWO ZDROWIA Nr ..... członka załogi statku żeglugi śródlądowej

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ..... Płeć:\*  mężczyzna  kobieta  
(dzień, miesiąc, rok)

Stanowisko/zawód\*\* .....

Adres zamieszkania .....

Numer dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości: ..... seria ..... numer .....  
(nazwa innego dokumentu)

Badanie zostało przeprowadzone 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).

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania medycznego:\*

wstępnego  okresowego  kontrolnego  doraźnego stwierdzam, że w/wym. jest:\*

zdolny  niezdolny

do pracy na statkach żeglugi śródlądowej, na stanowiskach:\*

kierownik statku  sternik  bosman  starszy marynarz  marynarz  młodszy marynarz

szyper  przewoźnik  stermotorzysta  kierownik maszyn  motorzysta  marynarz motorzysta

bez ograniczeń\*  z ograniczeniami

.....  
(informacja o ograniczeniach)  
.....

Termin ważności świadectwa:

Miejsce i data badania .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

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 przeprowadzenie badania.

Podpis badanego .....

\*) – odpowiednie zaznaczyć  
\*\*) – niepotrzebne skreślić

### 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.