



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy

.....
pieczęć pjsmp

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Zakład pracy

.....

Stanowisko

istnieje/nie istnieje* celowość stosowania skróconej normy czasu pracy

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Toruń, dnia

Podstawa prawna: art. 15 ustawy z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz.U.11.127.721 ze zm.)

*) niepotrzebne skreślić