



Dom Nauki i Rehabilitacji
dla Dzieci Niepełnosprawnych

www.dnir.sjz.pl

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 6/2016
Dyrektora Domu Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci
Niepełnosprawnych z dnia 07.09.2016 r.

.....
(pieczęć zakładu/ lekarza prywatnie
praktykującego, REGON)

ZAŚWIADCZENIE

Pan(i) urodzony(a)
zatrudniony(a) w Domu Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci Niepełnosprawnych w dniu
zgłosił(a) się na badania okulistyczne.

☐ Zaleca się badanemu stosowanie szkieł korekcyjnych podczas pracy przy obsłudze
monitorów ekranowych (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z
01.12.1998 roku, Dz.U. nr 148, poz. 973 z późn. zm.).

☐ Zaleca się badanemu zmianę wcześniej przydzielonych okularów korekcyjnych z powodu
pogorszenia stanu widzenia.

Niniejsze zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia pracodawcy dla realizacji zadania
wynikającego z wymienionego rozporządzenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Dom Nauki i Rehabilitacji
dla Dzieci Niepełnosprawnych
34-335 Jastrzębie Zdrój, ul. Szkolna 1
REG: 272297267 NIP 633-20-28-032
tel 032 4719051

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM
data podpis

sekretarka

mgr Justyna Wiśniewska