

.....
(nazwa i adres wojewódzkiego
ośrodka medycyny pracy)

ZAŚWIADCZENIE Nr
O POSIADANIU KWALIFIKACJI DO ORZEKANIA O ZDOLNOŚCI
DO WYKONYWANIA PRAC PODWODNYCH

Zaświadcza się, że Pan(i)

.....
(imię i nazwisko lekarza)

zamieszkały(a)

.....
(miejscowość, ulica, nr domu i nr mieszkania)

numer PESEL ^{*)}

spełnia wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2007 r. w sprawie warunków zdrowotnych wykonywania prac podwodnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2174) uprawniające do orzekania o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania prac podwodnych.

.....
(data/miejscowość)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis kierownika
ośrodka medycyny pracy)

Do wiadomości:
Urząd Morski w Gdyni

^{*)} W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL, należy podać nazwę i numer dokumentu tożsamości.