

.....
(nazwa i adres zakładu pracy)

(pieczęćka)

PROTOKÓŁ

kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy

przeprowadzonej w dniu godz.....

przez.....

I. Dane dotyczące osoby kontrolowanej:

1. Nazwisko i imię.....

2. Nr PESEL.....

3. Miejsce zamieszkania.....

4. Miejsce pracy.....

5. Okres orzeczonej niezdolności do pracy od..... do

6. Numer zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy

7. Nazwisko i imię lekarza, który wydał zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy.....

.....

II. Ustalenia osób przeprowadzających kontrolę:

.....

.....

.....

.....
(podpis(y) kontrolera(ów))

III. Ewentualne zastrzeżenia osoby kontrolowanej lub domowników:

.....

.....

.....

.....
(podpis)

UWAGA: Protokół sporządza się tylko w przypadku stwierdzenia, że ubezpieczony niewłaściwie wykorzystywał zwolnienie lekarskie od pracy.

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz. U. Nr 65, poz. 743).