

.....

(nazwa i adres zakładu pracy)

(pieczęć)

### 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).