

.....  
/ miejscowość, data /

.....  
/ pieczęć zakładu pracy /

Do lekarza  
sprawującego opiekę profilaktyczną

### **SKIEROWANIE**

W związku z wnioskiem z dnia ..... kieruję  
Pana/Panią .....  
posiadającego/ą orzeczenie o znacznym\*/ umiarkowanym\* stopniu niepełnosprawności na  
badanie lekarskie w celu wydania zaświadczenia o celowości stosowania skróconej normy czasu  
pracy.

W załączeniu-  
Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

.....  
/ podpis i pieczęć pracodawcy /

\* Niepotrzebne skreślić