

Odwołanie od orzeczenia lekarskiego medycyny pracy

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres zamieszkania]

PESEL: [PESEL]

Stanowisko pracy: [nazwa stanowiska]

Pracodawca: [nazwa i adres pracodawcy]

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

w [miejscowość właściwa dla miejsca świadczenia pracy]

[adres ośrodka]

za pośrednictwem:

[nazwa podstawowej jednostki służby medycyny pracy, w której wydano orzeczenie]

[adres jednostki]

ODWOŁANIE

od orzeczenia lekarskiego nr [numer orzeczenia] z dnia [data wydania],
otrzymanego przeze mnie dnia [data otrzymania], wydanego po badaniu
[wstępnym / okresowym / kontrolnym]

Na podstawie § 5 ust. 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników
wnoszę odwołanie od powyższego orzeczenia, w którym lekarz stwierdził
przeciwwskazania do pracy na stanowisku [nazwa stanowiska].

Wnoszę o przeprowadzenie badania w trybie odwołania i wydanie orzeczenia
o braku przeciwwskazań do pracy na tym stanowisku, w warunkach pracy
faktycznie na nim występujących.

Uzasadnienie

1. Skierowanie na badania opisywało warunki pracy niezgodnie ze stanem faktycznym: [np. wskazano pracę na wysokości powyżej 3 m, której na tym stanowisku nie wykonuję / pominęto, że [urządzenie] obsługuję zdalnie z pulpitu, bez kontaktu z [czynnik szkodliwy]].
2. Przeciwwskazanie oparto na [np. rozpoznaniu [nazwa schorzenia] z [rok]], które od tego czasu [np. jest leczone i wyrównane], co potwierdza zaświadczenie lekarza [specjalizacja] z dnia [data].
3. Lekarz przeprowadzający badanie nie dysponował [np. wynikiem badania [rodzaj] z dnia [data] / opisem przebiegu leczenia w [placówka]].

4. Zakres wykonywanych przeze mnie czynności opisuję w załączniku:
[np. praca przy monitorze 7 godzin dziennie, ręczne przenoszenie ciężarów do 10 kg sporadycznie, brak pracy w hałasie powyżej [wartość] dB].

[Podpis]

Załączniki:

- kopia orzeczenia lekarskiego z dnia [data],
- kopia skierowania na badania lekarskie wystawionego przez pracodawcę,
- [zaświadczenia i opisy leczenia od lekarzy specjalistów],
- [wyniki badań [rodzaj] z dnia [data]],
- [opis stanowiska i faktycznie wykonywanych czynności].