

**WZÓR**

.....  
(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).