AGENCJA RESTRUKTURYZACJI I MODERNIZACJI ROLNICTWA

*Oddział Regionalny ARiMR we Wrocławiu*

*ul. Giełdowa 8, 52-438 Wrocław, tel.* [*71 369 74 00*](https://www.google.pl/search?source=hp&ei=_cgKYOznHpKZlwSU9KegBA&q=ARiMR+gie%C5%82dowa&oq=ARiMR+gie%C5%82dowa&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyAggAMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjoICAAQsQMQgwE6BQguELEDOgUIABCxAzoOCAAQsQMQgwEQxwEQowI6CwgAELEDEMcBEKMCOggILhCxAxCDAToLCC4QsQMQgwEQkwI6CAgAEMcBEK8BOgIILjoLCAAQsQMQxwEQrwE6CAguELEDEJMCOggIABDHARCjAjoICAAQFhAKEB5Qkw5Ypy9gqzFoAHAAeACAAZ0DiAHdFpIBCjAuMTAuNC4wLjGYAQCgAQGqAQdnd3Mtd2l6sAEA&sclient=gws-wiz&ved=0ahUKEwis2viKya_uAhWSzIUKHRT6CUQQ4dUDCAo&uact=5&safe=active)

………………………….

(pieczęć Wykonawcy badania)

ZAŚWIADCZENIE

PANI/PAN …………………………………….

 *imię i nazwisko*

URODZONA/URODZONY ………………………………….

Na podstawie badania okulistycznego z dnia ……………………………… przeprowadzonego w ramach profilaktycznej opieki medycznej:

* Zaleca się stosowanie okularów przeznaczonych do korekcji wzroku podczas pracy

przy obsłudze monitora ekranowego: TAK NIE

* Konieczna jest zmiana dotychczasowo używanych okularów korekcyjnych do obsługi

monitora ekranowego: TAK NIE

Niniejsze zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia pracodawcy dla realizacji zadania wynikającego z Rozporządzenia Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998r w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. Nr 148, poz. 973).

…………………… .………………………

(podpis i pieczęć okulisty) (podpis i pieczęć lekarza)

……………………………

(data i miejscowość)