

.....
/imię i nazwisko lekarza/

.....
/ miejscowość, data/

.....
/numer PWZ/

Wojewoda Warmińsko-Mazurski

Al. J.Piłsudskiego 7/9, 10-575 Olsztyn

OŚWIADCZENIE LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

Ja niżej podpisana/y

OŚWIADCZAM, ŻE
NIE MA MOŻLIWOŚCI SKIEROWANIA MNIE DO PRACY PRZY ZWALCZANIU EPIDEMII

albowiem spełniam co najmniej jedną z powyższych przesłanek wyłączenia, zawartych w art. 47 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19) - należę do co najmniej jednej z poniższych grup:

1. osoby, które nie ukończyły 18 lat
2. osoby, który ukończyły 60 lat w przypadku kobiet lub 65 lat w przypadku mężczyzn;
3. kobiety w ciąży;
4. osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat (**UWAGA!** *W przypadku gdy dziecko w wieku do 18 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich*);
5. osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
6. osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
7. osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
8. inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną (**UWAGA!** *Orzeczenie w sprawie choroby wydaje lekarz, orzecznik ZUS w rozumieniu art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*);
9. osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

.....
/ pieczętka imienna i podpis lekarza składającego oświadczenie/