

.....  
/imię i nazwisko lekarza/

.....  
/ miejscowość, data/

.....  
/ adres zamieszkania /

.....  
/ numer PWZ/

**Wojewoda Pomorski**

*ul. Okopowa 21/27, 80- 810 Gdańsk*

## **OŚWIADCZENIE LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY**

Ja niżej podpisana/y

### **OŚWIADCZAM, ŻE:**

**WYRAŻAM GOTOWOŚĆ skierowania mnie do pracy przy zwalczaniu epidemii** w trybie art. 47 ust. 2a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

wiem, że nie mają możliwości zgłoszenia gotowości do objęcia skierowaniem do pracy następujące grupy osób:

1. *kobiety w ciąży;*
2. *osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;*
3. *osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;*
4. *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;*
5. *osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe*
6. *posłowie i senatorowie RP.*

nie jestem w żadnej z powyższej grup osób, które nie mają możliwości zgłoszenia gotowości do objęcia skierowaniem do pracy przy zwalczaniu epidemii;

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