

ŚWIADECTWO ZDROWIA

Dane badanej osoby:

Imię (Imiona)	Nazwisko
Data urodzenia	Miejsce urodzenia
PESEL	
Seria, numer i oznaczenie dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku PESEL) <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	

Niniejszy dokument jest świadectwem zdrowia w rozumieniu przepisów art. 36b ustawy o żegludze śródlądowej (t.j. Dz.U.2024.395). Niniejsze świadectwo zdrowia zostało wydane zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2017/2397. Pacjent został zbadany pod kątem sprawności fizycznej i psychicznej (sprawność ogólna, wzrok i słuch) zgodnie ze standardami stanowiącymi załącznik IV do Dyrektywy Delegowanej Komisji UE 2020/12 z dnia 2 sierpnia 2019 r. uzupełniającej dyrektywę 2017/2397 w odniesieniu do standardów dotyczących: kompetencji oraz odpowiadających im wiedzy i umiejętności, egzaminów praktycznych, zatwierdzania symulatorów oraz stanu zdrowia, z następującymi wynikami*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niezdolny* | <input type="checkbox"/> Zdolny z następującymi środkami zaradczymi i ograniczeniami (zgodnie z kodami ES-QIN)*: |
| <input type="checkbox"/> Czasowo niezdolny do* | <input type="checkbox"/> 01 Wymóg korzystania ze środków korekcji wzroku (okulary lub soczewki kontaktowe albo i okulary i soczewki kontaktowe) |
| _____ | <input type="checkbox"/> 02 Wymóg korzystania z aparatów słuchowych |
| _____ | <input type="checkbox"/> 03 Wymóg korzystania z protez kończyn |
| <input type="checkbox"/> Zdolny bez zastrzeżeń* | <input type="checkbox"/> 04 Zakaz samodzielnego pełnienia wachty w sterówce |
| <input type="checkbox"/> Zdolny do* | <input type="checkbox"/> 05 Wyłącznie w ciągu dnia |
| _____ | <input type="checkbox"/> 06 Zakaz pełnienia obowiązków nawigacyjnych |
| _____ | <input type="checkbox"/> 07 Ograniczenie do konkretnej jednostki pływającej, mianowicie _____ |
| | <input type="checkbox"/> 08 Ograniczenie do konkretnego obszaru, mianowicie _____ |
| | <input type="checkbox"/> 09 Ograniczenie do konkretnego zadania, mianowicie _____ |

Stan zdrowia odpowiedni do zakresu pracy na:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> STANOWISKU W SŁUŻBIE POKŁADOWEJ
NIEUPRAWNIAJĄCYM DO KIEROWANIA
STATKIEM* | <input type="checkbox"/> STANOWISKU W SŁUŻBIE POKŁADOWEJ
UPRAWNIAJĄCYM DO KIEROWANIA STATKIEM* | <input type="checkbox"/> STANOWISKU W SŁUŻBIE
MASZYNOWEJ* |
|---|---|--|

*zaznaczyć odpowiednie

DATA WAŻNOŚCI ŚWIADECTWA	
--------------------------	--

_____ miejsce i data badania

_____ pieczętka i podpis uprawnionego lekarza

Ocena stanu zdrowia oraz badania doraźne nie stanowią badań lekarskich w rozumieniu art. 229 Kodeksu pracy (art. 36b ust. 18 ustawy o żegludze śródlądowej).

Okresy ważności świadectwa

- dla stanowiska kapitana – na okres nie dłuższy niż 13 lat (art. 35d ust. 5 pkt. 1)
- w przypadku osób, które ukończyły 60. rok życia – na okres nie dłuższy niż 5 lat (art. 36b ust. 9 pkt. 1)
- w przypadku osób, które ukończyły 70. rok życia – na okres nie dłuższy niż 2 lata (art. 36b ust. 9 pkt. 2)

POUCZENIE

Osoba badana lub armator, którzy nie godzą się z treścią wydanego świadectwa zdrowia, mogą wystąpić w terminie 7 dni od dnia otrzymania, za pośrednictwem lekarza, który wydał to świadectwo, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy. (art. 36b ust. 14 ustawy o żegludze śródlądowej)