

Warszawa, dnia .....

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Do .....  
(Kierownik jednostki organizacyjnej)

.....

.....

**ZGŁOSZENIE POGORSZENIA OSTROŚCI WZROKU, KTÓRA UNIEMOŻLIWIA WYKONYWANIE DOTYCHCZASOWEJ PRACY**

Zgłaszam pogorszenie ostrości wzroku<sup>1</sup>, która uniemożliwia mi wykonywanie dotychczasowej pracy na stanowisku ....., z dniem ....., w związku z pracą przy monitorze ekranowym.

.....  
(Podpis osoby zgłaszającej)

**Opinia kierownika jednostki organizacyjnej (ocena stanu faktycznego)**

Potwierdzam fakt użytkowania przez ww. pracownika w ramach obowiązków służbowych monitora ekranowego przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy, tj. w wymiarze minimum ..... godzin dziennie.

.....  
(Data i podpis kierownika jednostki organizacyjnej)

---

<sup>1</sup> Podstawa prawna: § 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy