

.....  
(miejsowość, data)

## Opinia o potrzebie dostosowania stanowiska pracy

(stanowi integralną część „Wniosku o wydanie opinii o potrzebie dostosowania stanowiska pracy do rodzaju niepełnosprawności pracownika”)

dotyczy Pana/i .....

nr PESEL .....

zatrudniony/a na stanowisku .....

Orzeczenie o niepełnosprawności:

stopień..... symbol..... ważność orzeczenia.....

Opinia o potrzebie dostosowania stanowiska pracy:

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)