

Zarządzenie Nr 2/2001
z dnia 11 stycznia 2001
Starosty Wąbrzeskiego

w sprawie powołania stałej komisji
do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystania
zwolnień lekarskich

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz.U. Nr 65, poz. 743).

z a r z a d z a m, co następuje:

§ 1

Powołuję komisję do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich w następującym składzie:

- Marzena Mikulska – przewodniczący
- Bogumiła Więckowska – członek

§ 2

Członkowie Komisji wymienieni w § 1, w celu przeprowadzenia kontroli otrzymują jednorazowe imienne upoważnienie, którego wzór stanowi zał. Nr 1.

§ 3

Komisja z przeprowadzonych kontroli sporządza protokół (wzór protokołu stanowi zał. nr 2).

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Starosta
mgr Krzysztof Mackiewicz

ZALĄCZNIK Nr 1
do Zarządzenia Nr 2/2001
Starosty Wąbrzeskiego z dnia 11.01.2001

WZÓR

..... dnia.....

.....
(nazwa i adres pracodawcy)

UPOWAŻNIENIE

Na podstawie art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60, poz. 636) upoważniam niniejszym Pana(ia)..... do przeprowadzania kontroli prawidłowości wykorzystywania przez ubezpieczonych zwolnień lekarskich od pracy. Upoważnienie jest ważne od dnia..... r. łącznie z legitymacją pracowniczą nr..... lub dokumentem tożsamości nr wydanym dnia

.....
(podpis pracodawcy)

**ZALĄCZNIK Nr 2
Do Zarządzenia Nr 2/2001
Starosty Wąbrzeskiego z dnia 11.01.2001**

WZÓR

.....
(nazwa i adres zakładu pracy)

(pieczętka)

PROTOKÓŁ

kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od
pracy, przeprowadzonej w dniu.....
godz.....
przez.....

I. Dane dotyczące osoby kontrolowanej:

1. Nazwisko i imię.....
2. Nr PESEL.....
3. Miejsce zamieszkania.....
4. Miejsce pracy.....
5. Okres orzeczonej niezdolności do pracy
od.....do.....
6. Numer zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy
.....
7. Nazwisko i imię lekarza, który wydał zaświadczenie o
czasowej niezdolności do pracy.....
.....

II. Ustalenia osób przeprowadzających kontrolę:

.....
.....
.....

.....
(podpis(y) kontrolera(ów))

**III. Ewentualne zastrzeżenia osoby kontrolowanej lub
domowników:**

.....
.....
.....

.....
(podpis)

**UWAGA: Protokół sporządza się tylko w przypadku stwierdzenia, że ubezpieczony niewłaściwie
wykorzystywał zwolnienie lekarskie od pracy.**