.....
(pieczątka zakładu pracy)

.....
(miejscowość, data)

Wniosek o wydanie opinii o potrzebie dostosowania stanowiska pracy do rodzaju niepełnosprawności pracownika

Na podstawie art. 26 ust. 1 pkt. 2 Ustawy z dn. 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U z 2024 r. poz. 44) i § 48 Rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 26.09.1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tj. Dz. U. z 2003 r. nr 169 poz. 1650 z późn. zm.) dział BHP zwraca się o opinię w aspekcie dostosowania stanowiska pracy dla osoby z niepełnosprawnością zatrudnionej w naszym zakładzie pracy.

Prośba dotyczy pracownika

.....

PESEL.....

Charakterystyka stanowiska pracy:

1. nazwa stanowiska pracy.....
2. wymagane kwalifikacje i umiejętności.....

.....

3. opis operacji i czynności na stanowisku pracy.....

.....

4. wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych.....

.....

5. określenie pozycji przy pracy.....

.....

6. narażenia i czynności, które mogą stanowić nadmierne obciążenie układu ruchu, nerwowego lub innych narządów.....

.....

7. lokalizacja stanowiska pracy i komunikacji do stanowiska.....

.....

8. charakterystyka zaplecza socjalno – sanitarnego.....

.....

9. rodzaj i stopień niepełnosprawności.....
10. potrzeby dotyczące dostosowania stanowiska pracy zgłaszane przez pracownika.....

.....

.....
(podpis i pieczątka specjalisty ds. BHP)

.....
(miejscowość, 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 pieczątka lekarza)