

.....
(oznaczenie jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
albo płatnika składek)

PROTOKÓŁ KONTROLI prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy

Kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnienia od pracy została przeprowadzona

w dniu o godz. w
(oznaczenie miejsca przeprowadzenia kontroli)

Dane osoby kontrolowanej:

1. Imię i nazwisko
2. Numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – data urodzenia, rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości
3. Miejsce zamieszkania lub pobytu
4. Miejsce pracy

Dane dotyczące orzeczonej niezdolności do pracy osoby kontrolowanej:

1. Okres orzeczonej niezdolności do pracy albo okres konieczności sprawowania opieki
2. Numer zaświadczenia lekarskiego oraz imię i nazwisko lekarza, który wydał zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy¹⁾ albo oznaczenie decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego²⁾

Dane osób kontrolujących:

.....
.....
(imię i nazwisko oraz numer legitymacji służbowej³⁾ albo numer legitymacji pracowniczej lub dokumentu tożsamości
wraz z datą wydania⁴⁾ – zgodnie z upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli)

¹⁾ W przypadku kontroli zwolnienia z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy.

²⁾ W przypadku kontroli zwolnienia z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje świadczenie rehabilitacyjne.

³⁾ W przypadku kontroli dokonywanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

⁴⁾ W przypadku kontroli dokonywanej przez płatnika składek.

Opis dokonanych ustaleń:

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

Pouczenie:

Może Pan/Pani w ciągu 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli złożyć zastrzeżenia do ustaleń w nim zawartych. W zastrzeżeniach należy wskazać środki dowodowe, które będą je potwierdzać.

.....
(podpis osoby kontrolowanej)

.....
(podpis osoby kontrolującej)

W przypadku odmowy podpisania protokołu przez osobę kontrolowaną – wzmianka o tym fakcie:

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