

**ZARZĄDZENIE Nr 10/2022**  
**Wójta Gminy Łąck**  
**z dnia 20 stycznia 2022r.**

**w sprawie zmiany w składzie Komisji ds. kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy.**

Na podstawie art.68 ust.1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa(t.j. Dz. U. z 2017r. poz.1368, z 2018r. poz.1076 z późn.zm.) i rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz.U. z 1999r. Nr 65 poz.743z późn.zm.) zarządzam, co następuje:

**§1**

Zmienia się skład Komisji ds. kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy powołanej Zarządzeniem Nr 4/2019 z dnia 18 stycznia 2019r. Wójta Gminy Łąck, w ten sposób że :


1. Odwołuję ze składu komisji Panią Marlenę Kiełpińską – Referenta ds. płac
2. Powołuje się w jej miejsce Panią Sylwię Iskrę - Inspektora ds. płac

**§2**

Wykonanie niniejszego zarządzenia powierzam Przewodniczącemu Komisji ds. kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy.

**§3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

  
Zbigniew Bialecki

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 4/2019  
Wójta Gminy Łąck  
z dnia 4 stycznia 2019r.

Łąck, .....

.....  
(nazwa i adres pracodawcy)

### UPOWAŻNIENIE

Na podstawie art.68 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj.Dz. U. z 2017r. poz. 1368, z 2018r. poz. 1076) upoważniam niniejszym Pana (ią):

.....  
( imię i nazwisko, stanowisko )

do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania przez ubezpieczonego

.....  
(imię i nazwisko pracownika kontrolowanego)

.....  
( adres kontrolowanego )

zwolnienia lekarskiego od pracy o nr..... wystawionego na okres  
od.....do .....

Upoważnienie jest ważne w okresie od dnia .....do dnia.....

Łąck, .....

.....  
(nazwa i adres pracodawcy)

**Protokół kontroli prawidłowości wykorzystywania  
zwolnienia lekarskiego**

Kontrola przeprowadzona w dniu.....w 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:**

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

(podpisy (y) osób kontrolujących)

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

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

.....  
( imię i nazwisko osoby kontrolowanej)