

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ
για ΠΑΡΟΧΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΤΗΛΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ
ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Υγειονομική Επιτροπή
.....
αποτελούμενη από τους
.....
.....
.....
.....
.....

..... λαμβάνοντας
υπόψη:
α) την από αίτηση του/της εργαζόμενου/νης
.....
.....

με την οποία αιτείται εργασία με το σύστημα της τηλεργασίας,
β) γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού ή εν ισχύ Πιστοποιητικό ΚΕΠΑ,
γ) τον απαιτούμενο διαγνωστικό του/της έλεγχο (απεικονιστικό/ εργαστηριακό), ή/και τον ατομικό φάκελο του ασθενή,
δ) την εξέταση του / της εργαζόμενου/νης που πραγματοποιήθηκε στις¹,
ε) το άρθρο 2 της παρούσας Απόφασης,:

γνωματεύει ότι

Ο/Η εργαζόμενος/η
..... πάσχει από τη νόσο/πάθηση/αναπηρία/πρόβλημα υγείας που περιλαμβάνεται στην περίπτωση με αριθμό του άρθρου 2 της παρούσας απόφασης και συνιστάται γι' αυτόν/την η παροχή τηλεργασίας, διότι
.....
.....
.....
.....
.....
.....²

Η χρονική διάρκεια που συστήνεται ο/η εργαζόμενος/η να παρέχει τηλεργασία, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος για την υγεία του/της είναι ημέρες/μήνες (συμπληρώνεται αναλόγως)³.

Ο χρόνος επανεξέτασης – επανεκτίμησής του/της ορίζεται σε ημέρες/μήνες⁴.

(Τόπος – Ημερομηνία),

Υπογραφή και Σφραγίδα Προέδρου και Μελών της Υγειονομικής Επιτροπής

¹ Εφόσον έγινε εξέταση με φυσική παρουσία ή με άλλο τρόπο
² Συμπληρώνεται υποχρεωτικά για την αιτιολόγηση της σύστασης τηλεργασίας.
³ Συμπληρώνεται υποχρεωτικά το απαιτούμενο χρονικό διάστημα, το οποίο δεν μπορεί να υπερβαίνει τους τρεις (3) μήνες σύμφωνα και με την αίτηση του/της εργαζόμενου/ης.
⁴ Συμπληρώνεται προαιρετικά και αφορά στις περιπτώσεις που πιθανόν να απαιτηθεί συνέχιση τηλεργασίας πέραν του παραπάνω προτεινόμενου χρονικού διαστήματος.