

## ZAŚWIADCZENIE O TEŚCIE WIDZENIA

Pani/Pan: .....

Data urodzenia: .....

Miejsce urodzenia: .....

PESEL: .....

Firma: .....

Adres: .....

Kod: ..... Miejscowość: .....

**Potwierdza się spełnienie wymagań normy PN-EN 473 w zakresie:**

- Ostrości widzenia z bliska** – umożliwiającej odczytanie znaku o numerze 1 według skali Jaegera lub N 4.5 skali Times Roman lub równoważnych liter (posiadających wysokość 1,6mm) z odległości nie mniejszej niż 30cm, jednym okiem lub obuocznie.

**Korekta wzroku:**            **wymagana**                             **nie wymagana**

- Widzenia barw** – umożliwiającego rozpoznanie i rozróżnianie kontrastu między barwami lub odcieniami szarości stosowanymi w rozważanej metodzie badania nieniszczącego określonej przez pracodawcę

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis  
(lekarza okulisty, optyka lub  
uznanej medycznie osoby)