

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 30 cm, 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

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