

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2026 r.

Poz. 503

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 8 kwietnia 2026 r.

**w sprawie wzoru upoważnienia do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy  
i wzoru protokołu tej kontroli**

Na podstawie art. 68g ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 501 i 1083 oraz z 2026 r. poz. 26 i 441) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór upoważnienia do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy;
- 2) wzór protokołu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy.

§ 2. Wzór upoważnienia do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy, stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Wzór protokołu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy, stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 13 kwietnia 2026 r.<sup>2)</sup>

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *wz. A. Gajewska*

---

<sup>1)</sup> Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2715).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz. U. poz. 743), które traci moc z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 18 grudnia 2025 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2026 r. poz. 26).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2026 r. (Dz. U. poz. 503)

**Załącznik nr 1**

*WZÓR*

....., dnia .....  
(miejsce i data wystawienia upoważnienia)

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

**UPOWAŻNIENIE**

**do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy**

Upoważniam Panią/Pana

.....  
(imię, nazwisko)

legitymującą(-cego) się legitymacją służbową<sup>1)</sup> albo legitymacją pracowniczą lub dokumentem tożsamości<sup>2)</sup>

.....  
(numer legitymacji służbowej albo numer legitymacji pracowniczej lub numer dokumentu tożsamości oraz data wydania tego dokumentu)

do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnienia od pracy.

Podstawa prawna do przeprowadzenia kontroli: art. 68 ust. 1–1d ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

.....  
(podpis osoby udzielającej upoważnienia)

<sup>1)</sup> Dotyczy osoby upoważnionej do przeprowadzenia kontroli przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

<sup>2)</sup> Dotyczy osoby upoważnionej do przeprowadzenia kontroli przez płatnika składek.

## WZÓR

.....  
(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 pracy<sup>1)</sup> albo oznaczenie decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego<sup>2)</sup> .....

**Dane osób kontrolujących:**

.....  
.....  
(imię i nazwisko oraz numer legitymacji służbowej<sup>3)</sup> albo numer legitymacji pracowniczej lub dokumentu tożsamości wraz z datą wydania<sup>4)</sup> – zgodnie z upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli)

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

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

<sup>3)</sup> W przypadku kontroli dokonywanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

<sup>4)</sup> 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:**

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