

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2026 r.

Poz. 503

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

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.²⁾

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

¹⁾ 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).

²⁾ 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 służbową¹⁾ albo legitymacją pracowniczą lub dokumentem tożsamości²⁾

.....
(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)

¹⁾ Dotyczy osoby upoważnionej do przeprowadzenia kontroli przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

²⁾ 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 pracy¹⁾ albo oznaczenie decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego²⁾

Dane osób kontrolujących:

.....
.....
(imię i nazwisko oraz numer legitymacji służbowej³⁾ albo numer legitymacji pracowniczej lub dokumentu tożsamości wraz z datą wydania⁴⁾ – zgodnie z upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli)

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

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

³⁾ W przypadku kontroli dokonywanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

⁴⁾ 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:

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