

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka pracodawcy, NIP)

.....
.....
.....
/nazwa zakładu opieki zdrowotnej/

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE **wstępne, okresowe, kontrolne^{*)}**

Imię i nazwisko pracownika

Data urodzenia.....
(dzień, miesiąc, rok)

Adres zamieszkania

(kod pocztowy, miejscowość, ulica)

Seria i numer dowodu osobistego

Stanowisko pracy

Krótki opis procesu technologicznego

.....

.....

i związane z tym procesem:

- czynności szkodliwe lub warunki uciążliwe

.....

- wyniki pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia

.....

.....

.....

Proszę o wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia kandydata/
pracownika^{*)} i ustalenie braku przeciwwskazań do pracy na powyżej określonym
stanowisku pracy.

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)

^{*)} niepotrzebne skreślić