

.....
(oznaczenie pracodawcy)

.....
(miejsowość, data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

CENTRUM MEDYCZNE WOLA

60-409 Poznań ul. Pilotów 22, tel. 61 848 07 78; 61 843 13 44; 789 021 506

e-mail: rejestracja@cmwola.pl www.cmwola.pl

(wstępne / okresowe / kontrolne)

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana / Panią (*)

(imię i nazwisko)

nr PESEL**)

zamieszkałego / zamieszkałą)

..... ,
(miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Zatrudnionego / zatrudnioną*) lub podejmującego / podejmującą*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....

.....

określenie stanowiska / stanowisk*) pracy***):

.....

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia****):

1. Czynniki fizyczne:
2. Pyły:.....
3. Czynniki chemiczne:
4. Czynniki biologiczne:
5. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

.....

.....

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....

(podpis pracodawcy)