

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

SKIEROWANIE NA PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE

Rodzaj badania: wstępne/okresowe/kontrolne*

Pan(i) :

Zamieszkały(a) :

Zatrudniony(a) / przyjmowany(a) do pracy na stanowisku(ach) :

.....

Informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych:

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

Aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych, wykonanych na tych stanowiskach:

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

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić