……………………………………………… ………………………………………………

 (oznaczenie pracodawcy) (miejscowość, data)

 **Specjalistyczna Przychodnia Lekarska**

**MEDIVITA Sp. z o.o.**

**Ul. Rejtana 15**

**02-516 Warszawa**

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**

**(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\*) ................................................................................................................................... ,

 (miejscowość, 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\*\*\*\*):

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. 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)