

.....  
(pieczęć nagłówkowa pracodawcy)

.....  
(miejsowość i data)

## **SKIEROWANIE PRACOWNIKA NA BADANIA LEKARSKIE WSTĘPNE / OKRESOWE / KONTROLNE \***

Kieruje się Pana/Panią: .....

PESEL: .....

zamieszkałego (ą) w: .....

legitymującego (ą) się dowodem osobistym numer: .....

wydanym przez: .....

Pan/Pani .....

będzie/jest\* zatrudniony (a) w: .....

.....  
(podać nazwę i adres zakładu pracy)

na stanowisku: .....

Na ww. stanowisku występują następujące czynniki szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia: .....

.....  
(wymienić rodzaje czynników)

Proszę o wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pracownika i ustalenie braku przeciwwskazań do pracy na proponowanym stanowisku (podstawa prawna art. 229 § 1, 2 i 4 KP).

.....  
(podpis pracodawcy lub osoby  
reprezentującej pracodawcę)

(\* ) niepotrzebne skreślić