

.....
(pieczęć nagłówekowa 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