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

**czytelna pieczęć zlecającego badanie Miejscowość i data**

**Skierowanie na badania profilaktyczne**

1. Imię i nazwisko pracownika ...............................................................................................................

Adres .................................................................................................................................................

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

Data urodzenia ................................................ PESEL ...................................................................

Rodzaj badania profilaktycznego : wstępne, okresowe, kontrolne, inne ............................................

 ( właściwe podkreślić )

1. Opis stanowiska pracy

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

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

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

1. Informacje dotyczące warunków pracy : \*)

czynniki szkodliwe ............................................................................................................................

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

warunki uciążliwe ..............................................................................................................................

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

1. Informacje dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych :

Data pomiarów ...................................................................................................................................

Nazwa czynników mierzonych ..........................................................................................................

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

Krotność NDS ...................................................................................................................................

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

 **pieczęć i czytelny podpis zlecającego**

\*) w informacji używać nazw czynników szkodliwych wymienionych w Obwieszczeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych. D. U. Z 1995 r. nr 69 poz. 351 bądż uciążliwych np. praca zmianowa, praca na wysokościach, wymienionych we wskazówkach metodycznych załącznik Nr 1 do Rozporządzenia MZiOP w sprawie przeprowadznia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy Dz. U. Nr 9 z 1996 r.