

.....
(oznaczenie pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE
(wstępne/ okresowe/ kontrolne*) badanie dla potrzeb sanitarno-epidemiologicznych
do

Przychodni Lekarsko - Stomatologicznej Provita
67-200 Głogów ul. Orbitalna 61

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. **promieniowanie** :jonizujące 2. nadfioletowe 3. podczerwone 4.elektromagnetyczne 5. laserowe

hałas- ilość godzin pracy..... natężenie.....

wibracja: miejscowa . ogólna wyniki pomiarów.....

mikroklimat. gorący . zimny wyniki pomiarów.....

II. Pyły:.....

III. Czynniki chemiczne:.....

IV. Czynniki biologiczne: HIV HCV , inne.....

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

monitor ekranowy – TAK / NIE

praca na wysokości TAK/NIE

kierowanie 1.wózkiem widłowym 2. samochodem kat..... 3 maszyną w ruchu TAK/NIE

stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością TAK/NIE

stały dopływ informacji i gotowość do odpowiedzialności

narażenie życia TAK/NIE

stały i długotrwały wysiłek głosowy TAK/NIE

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

(podpis pracodawcy)