

.....
(pieczęć firmy)

WNIOSEK

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi opieką na ich wniosek (Dz. U.2010 r., nr 113 poz.758)

Rodzaj badania.....
(wstępne, okresowe, kontrolne)

Pan/i
(imię i nazwisko)

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

Prowadzący własną działalność gospodarczą pod nazwą/wykonujący pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w :

.....

Adres - miejsca prowadzenia działalności gospodarczej/ miejsca pracy:

.....

REGON.....

Rodzaj wykonywanej działalności gospodarczej/wykonywanej pracy:

.....

.....

Informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych/aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia:

.....

.....

.....

.....
data

.....
czytelny podpis