

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej)

SKIEROWANIE

na badania profilaktyczne: wstępne, okresowe, kontrolne*

Stosownie do przepisów Art.229 Kodeksu pracy proszę o przeprowadzenie badań oraz wydanie orzeczenia.

Pan(i)

Urodzony(na).....

Zamieszkały(a) w

Zatrudniony(a) / przyjmowany(a) do pracy *

.....
(nazwa i adres zakładu pracy / komórki organizacyjnej)
na stanowisku(ach) / stanowisko(a) *: (wymienić w kolejności odpowiadającej potrzebom pracodawcy)

Na ww. stanowisku pracy nie występują czynniki szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia *

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

....., dnia

* niepotrzebne skreślić