



(pieczęć zakładu pracy)

.....  
(miejsowość i data)

## SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

WSTĘPNE / OKRESOWE / KONTROLNE \*

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

Stanowisko pracy: aktualne..... proponowane.....

Narażenia zawodowe występujące na stanowisku pracy:

a) czynniki szkodliwe .....

b) warunki uciążliwe .....

c) wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia.....

.....  
(podpis osoby kierującej na badanie)

\* niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna:

Dz. U. Nr 69 z dn. 25.06.1996 r. poz. 332



www.activebhp.pl | tel. 042 209 48 19 | fax. 042 209 48 18 | activebhp@activebhp.pl