

....., dnia .....

.....  
(pieczęć pracodawcy)

**SKIEROWANIE NA BADANIE    wstępne / okresowe / kontrolne \***                      \* właściwe zaznaczyć

**do NZOZ CENTRUM MEDYCZNE Szpital Św. Rodziny**  
**Łódź, ul. Wigury 19**  
(skrzyżowanie z ul. Sienkiewicza)  
**tel. 042 254 96 00**

poniedziałek .... 8:30 – 11:00 .. i .. 15:00 – 17:00  
wtorek ..... 8:30 – 11:00 .. i .. 15:00 – 17:00  
środa ..... 8:00 – 10:00 .. i .. 15:00 – 17:00  
czwartek ..... 8:30 – 11:00 .. i .. 15:00 – 17:00  
piątek ..... 8:00 – 10:00

Na podstawie art. 229 § 4 Kodeksu pracy oraz § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 1996 r. Nr 69, poz.332 z późn. zmian.)  
pracodawca kieruje na badanie profilaktyczne oraz wnosi o wydanie orzeczenia lekarskiego stwierdzającego, czy stan zdrowia wyżej wymienionej osoby pozwala na wykonywanie pracy na wymienionym stanowisku:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: .....

Stanowisko: .....

Informacja o występujących na stanowisku pracy czynnikach szkodliwych dla zdrowia lub warunkach uciążliwych (właściwy zaznaczyć X)		
<input type="checkbox"/> Hałas - <i>natężenie</i> .....	<input type="checkbox"/> impulsowy	<input type="checkbox"/> ultradźwięki
<input type="checkbox"/> Promieniowanie: <input type="checkbox"/> jonizujące <input type="checkbox"/> elektromagnetyczne <input type="checkbox"/> nadfioletowe <input type="checkbox"/> podczerwone <input type="checkbox"/> laserowe		
<input type="checkbox"/> Obsługa komputera		
<input type="checkbox"/> Pyły - <i>wymienić jakie</i> :		
<input type="checkbox"/> Czynniki toksyczne - <i>wymienić jakie</i>		
<input type="checkbox"/> Czynniki biologiczne - <i>wymienić jakie</i>		
<input type="checkbox"/> Praca fizyczna – <i>opis</i> ..... <input type="checkbox"/> dźwiganie ciężarów – ile kilogramów .....		
<input type="checkbox"/> Niekorzystne czynniki psychospołeczne: <input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne <input type="checkbox"/> narażenie życia <input type="checkbox"/> monotonia pracy <input type="checkbox"/> praca w nocy		
<input type="checkbox"/> Praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego		
<input type="checkbox"/> obsługa wózków widłowych <input type="checkbox"/> obsługa maszyn w ruchu		
<input type="checkbox"/> Kierowca samochodu służbowego – kat. B <input type="checkbox"/> Kierowca samochodu służbowego – kat. C, D, E		
<input type="checkbox"/> Praca na wysokości: <input type="checkbox"/> do 3 metrów <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów		
<input type="checkbox"/> Nie występują czynniki szkodliwe		

Szczegóły: .....

.....

.....

DATA WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO BADANIA: .....

.....  
(podpis pracodawcy)