

.....
pieczęćka działalności
gospodarczej/ zakładu pracy

.....
miejscowość, data

Wniosek o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną

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

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

Pan(i).....

Data urodzenia..... **PESEL**.....
Zamieszkały(a) w.....

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

.....

Adres – miejsce prowadzenia działalności gospodarczej/ miejsca pracy:

.....

REGON.....

Rodzaj wykonywanej działalności gospodarczej/ wykonywanej pracy:

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....

.....
czytelny podpis osoby zgłaszającej się na badanie