

(pieczęć zakładu pracy)

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

(zakład pracy ponosi odpowiedzialność za wystawione skierowanie)

- wstępne, okresowe, kontrolne, psychotechniczne
- do celów sanitarno- epidemiologicznych (wpis do ks. Sanepidowskiej)
- do celów ustawy o transporcie drogowym; bad. lekarskie+psychotesty kierowcy zawodowego (pow. 3,5 tony) do wymiany prawa jazdy
- do celów ustawy o transporcie drogowym; bad. lekarskie+psychotesty kierowcy kat. B (do 3,5 tony) wykonujący transport międzynarodowy.

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2023r. Poz. 1465), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią..... PESEL.....
(imię i nazwisko)

TELEFON KONTAKTOWY:.....

zamieszkałą/zamieszkałego.....
(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną* lub podejmującego/podejmującą* pracę na stanowisku/stanowiskach* pracy

Określenie stanowiska/stanowisk* pracy(opisać rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania).....

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku/stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia:

I. Czynniki fizyczne:.....

II. Pyły:.....

III. Czynniki chemiczne:.....

IV. Czynniki biologiczne:.....

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne.....

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych na skierowaniu:

Skierownie na badania lekarskie jest wydawane w **trzech** egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba skierowana na badania.

.....
(podpis pracodawcy)

Informacja dla pracownika :

- Badania odbywają się w Centrum Medycyny Pracy w Kościerzynie przy ul. Miodowej 15 (budynek Galerii Kościerskiej wejście od strony ul. Sikorskiego), tel. 507-501-900, email: cmpkoscierzyna@gmail.com

- W celu szybkiego i sprawnego wykonania badania prosimy o wcześniejsze telefoniczne lub elektroniczne zarezerwowanie terminu.

- Na badania należy się zgłosić na czczo lub nie jeść co najmniej 3 godziny przed pobraniem oraz dostarczyć podpisaną próbkę porannego moczu w odpowiednim pojemniku. Prosimy zabrać ze sobą okulary, jeśli się je nosi.

- Przy badaniach kontrolnych (po zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni) obowiązkowo prosimy dostarczyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia i zdolności do pracy.

* niepotrzebne skreślić