.....
miejscowość , data

.....
pieczątka działalności
gospodarczej/ zakładu pracy

Wniosek o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną

Na podstawie Rozporządzenie 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) .....
(imię i nazwisko)

Data urodzenia …….. PESEL | | | | | | | | | | | |

zamieszkały(a)
w.....

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

.....

Adres - miejsca 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