|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | …………………………… |
| (oznaczenie pracodawcy) | (miejscowość, data) |

**SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE**

**(wstępne / okresowe / kontrolne\*))**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 i 1662), kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią\*)

 (imię i nazwisko)

nr PESEL\*\*)

zamieszkałego/zamieszkałą\*)

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

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

określenie stanowiska/stanowisk pracy:

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub warunków 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\*\*\*):

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………Czynniki fizyczne: (np. hałas, wibracje - ogólna, miejscowa, promieniowanie-rodzaj, mikroklimat, zmienne warunki atmosferyczne, zwiększone- obniżone ciśnienie atmosferyczne )
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………Pyły przemysłowe:
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………

Czynniki chemiczne lub toksyczne: (substancje- mieszaniny)

IV. …………………………………………………………………………………………………………………………….

Czynniki biologiczne: ( np. HBV, HCV, HIV, wirus kleszczowego zapalenia mózgu, borelioza, bruceloza prątek gruźlicy)

V. ……………………………………………………………………………………………………………………………

Inne czynniki: stały, duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi, stanowisko decyzyjne, obsługa monitorów ekranowych, zagrożenia wynikające z narażenia życia, monotonii pracy, praca zmianowa, obsługa maszyn szczególnie niebezpiecznych, praca na wysokości **(do 3 metrów; powyżej 3 metrów)**, praca wymagająca stałego i nadmiernego wysiłku głosowego, odpowiednich funkcji psychicznych i motorycznych, ruchów monotypowych, praca przy obsłudze wózków jezdnych, widłowych, ładowarek, inne uciążliwości pracy:

Kierowanie pojazdem ……………………………………………………………………...…………………………………….

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych i innych wynikających ze sposobu

wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

**…………………………….……………………………………**

 (podpis pracodawcy)

 Objaśnienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **\***) | Niepotrzebne skreślić. |
| **\*\***) | W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy tylko datę urodzenia. |
| **\*\*\***) | Opis warunków pracy uwzględniający przepisy:1. wydane na podstawie:
2. art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczący czynników szkodliwych dla zdrowia,
3. art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczący wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
4. załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.) w zakresie czynników szkodliwych lub uciążliwych.
 |

Skierowanie na badania lekarskie wydawane jest w dwóch egzemplarzach, w tym jeden dla pracownika.

**Oświadczenie pracownika:** Wiadomo mi, że nie powinienem zatajać przed lekarzem informacji dotyczących przebytych chorób, dolegliwości, które mogłyby mieć wpływ na właściwe orzeczenie lekarskie o mojej zdolności do pracy na proponowanym stanowisku.

**Zakład pracy ponosi odpowiedzialność za treść skierowania na badania profilaktyczne**

(Dz. U. z 1966r. nr 69 poz. 332§ 4)

**Miejsce wykonywania badań:** NZOZ WROCŁAWSKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY SP. Z O.O.

WROCŁAW, ul. OŁAWSKA 14 ,

tel. 71 34 49 330, tel/fax 71 34 48 854, e-mail: nzozwomp@onet.eu