

.....
(miejsowość, data)

.....

.....

.....

(nazwa , adres, NIP, REGON pracodawcy)

SKIEROWANIE PRACOWNIKA NA WSTĘPNE/OKRESOWE* BADANIA LEKARSKIE

Kieruję Pana/Panią*

- data urodzenia:.....
- dowód osobisty (nr i seria):
- nr PESEL:.....
- zamieszkały/zamieszkała*

na wstępne/okresowe* badania lekarskie.

Pan/Pani*

ma zostać z dniem*jest* zatrudniony/zatrudniona* w zakładzie na stanowisku.....

Na stanowisku pracy występują następujące warunki uciążliwe lub szkodliwe:

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

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę)

*Niepotrzebne skreślić