.....
(miejscowość, data)

.....
(nazwa lub pieczątka pracodawcy)

SKIEROWANIE PRACOWNIKA NA BADANIA LEKARSKIE
wstępne / okresowe / kontrolne*

Do

.....

.....

.....
(nazwa i adres zakładu służby zdrowotnej)

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

zam. .....
(adres zamieszkania)

urodzoną(-ego) dnia..... w .....
(dzień, miesiąc, rok)

na wstępne, okresowe, kontrolne* badania lekarskie.

- Proszę o wydanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku/stanowiskach* .....
.....

- Proszę o przeprowadzenie badań kontrolnych po niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, trwającej od ..... do ..... i wydanie orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy na stanowisku/stanowiskach* .....
.....

Na ww. stanowisku/stanowiskach* nie występują/występują następujące* czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe: .....
.....
.....
Aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących na ww. stanowisku/stanowiskach* pracy: .....
.....
.....

.....
(pieczątka i podpis pracodawcy albo osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

**Niepotrzebne skreślić*