

miejsowość, data .....

.....  
Pieczętka zakładu pracy z REGONEM

**Skierowanie na badania lekarskie do Regionalnego Centrum Zdrowia**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie\*:

wstępne     okresowe     kontrolne     końcowe     celowane

Imię i nazwisko pracownika:	
PESEL**:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	
tel. kontaktowy:	
zatrudnionego/zatrudnioną*) lub podejmującego/podejmującą*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy:	

**Określenie stanowiska/stanowisk\*) pracy\*\*\*):**

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

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące na stanowisku pracy	
1. Niekorzystne czynniki psychospołeczne:	<input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne <input type="checkbox"/> monotonia pracy <input type="checkbox"/> narażenie życia
2. Komputer:	<input type="checkbox"/> ilość godzin .....
3. Kierowanie:	<input type="checkbox"/> samochodem (kategoria) ..... <input type="checkbox"/> wózkiem widłowym <input type="checkbox"/> maszyną w ruchu
4. Praca zmianowa:	<input type="checkbox"/> nocna
5. Praca na wysokości:	<input type="checkbox"/> do 3 metrów <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów
6. Hałas:	<input type="checkbox"/> ilość godzin pracy w hałasie ..... natężenie .....
7. Wibracja:	<input type="checkbox"/> miejscowa <input type="checkbox"/> ogólna    pomiary .....
8. Mikroklimat:	<input type="checkbox"/> gorący <input type="checkbox"/> zimny
9. Czynniki chemiczne:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie ..... czas pracy ..... stężenie .....
10. Pyły:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie .....
11. Czynniki biologiczne:	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> inne .....
12. Dźwiganie ciężarów	<input type="checkbox"/> ile kilogramów .....
13. Promieniowanie:	<input type="checkbox"/> jonizujące <input type="checkbox"/> nadfioletowe <input type="checkbox"/> laser <input type="checkbox"/> podczerwone <input type="checkbox"/> elektromagnetyczne
14. Inne:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie: .....
15. NIE WYSTĘPUJĄ	

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

.....  
Podpis i pieczętka osoby kierującej

Wyjaśnienie:

\*Zaznaczyć właściwe.

\*\*W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

\*\*\*Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1) wydane na podstawie:

a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

b) art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,

c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,

d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,

e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;

2) 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.)