Załącznik nr 2

# PG1-PO2-F5-4

# 

# **WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**UL.DOBRZYŃSKA 21/23, 50-403 WROCŁAW Poradnia Medycyny Pracy II piętro pok. 219**

**GODZINY PRACY PORADNI: Poniedziałek 7.00 - 14.00, Wtorek 7.00 - 14.00, Środa - 7.30 -16.00, Czwartek 7.30 -12.00,   
piątek 7.30-12.00 REJESTRACJa telefoniczna: poniedziałek – piątek: 7.00 – 13.00 tel. 71 774 77 47, 501 465 899**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (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 (tj.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 z późn. zm.), kieruję na badania 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 czynników 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:……………………………………………………………………………………………………………...
2. Pyły:…………………………………………………………………………………………………………………..………...
3. Czynniki chemiczne:……………………………………………………………………………………………….…..……….
4. Czynniki biologiczne:…………………………………………………………………………………………………………..
5. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:………………………………………… …………………………………………...…...

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

|  |
| --- |
| …………………………………….……………. |
| (podpis pracodawcy) |

**Objaśnienia:**

\*) Niepotrzebne skreślić.

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

\*\*\*) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.

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

1) wydane na podstawie:

* 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,
* art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
* art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
* 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,
* art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe 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.

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.