

## W N I O S E K

### 1. o przeprowadzenie badania i wydanie zaświadczenia,\* orzeczenia\*

- o możliwości wykonywania pracy\*
- o wykonywaniu zadań pracownika zabezpieczenia technicznego pierwszego\* drugiego stopnia\*
- o wykonywaniu zadań przewodnika turystycznego\*,
- o wykonywaniu zadań pilota wycieczek\*,
- inne\*

### 2. o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną\*

Wniosek dotyczy:

- osób prowadzących działalność gospodarczą na własny rachunek i osób z nimi współpracujących\*
- osób wykonujących pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, z wyjątkiem osób wykonujących pracę na podstawie umowy o pracę nakładczą\*
- rolników indywidualnych i pracujących z nimi domowników oraz członków spółdzielni produkcji rolnej\*
- byłych pracowników oraz osób, które wykonywały pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, a także osób, które pozostawały w stosunku służbowym\*

Zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej ( uzgodniony z lekarzem)

.....

Okres sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej od ..... do .....

Nazwisko i imię ..... data ur. ....

PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nazwa i adres miejsca wykonywania pracy / działalności gospodarczej .....

.....

Adres zamieszkania .....

Proszę o przeprowadzenie badania i wydanie zaświadczenia / orzeczenia o możliwości wykonywania pracy na stanowisku:

.....  
/ wpisać stanowisko pracy, lub wykonywane funkcje, zadania np: przewodnik turystyczny, pilot wycieczek, pracownik zabezpieczenia technicznego pierwszego, drugiego stopnia, inne /

W trakcie wykonywania pracy jestem narażony na działanie następujących czynników szkodliwych:.....

.....

.....

W razie trudności w określeniu czynników szkodliwych i warunków uciążliwych należy opisać wykonywane czynności określając czas i miejsce świadczonej pracy, wątpliwości wyjaśnić z lekarzem przeprowadzającym badanie profilaktyczne.

.....  
czytelny podpis osoby składającej wniosek

\*właściwe zakreślić