

..... dnia r.

**SKIEROWANIE PRACOWNIKA
NA KONTROLNE BADANIA LEKARSKIE**

.....

.....

.....

(dane pracodawcy)

.....

.....

.....

(dane placówki medycznej)

Kieruję Pana (Panią) urodzonego(a)
legitymującego(a) się dowodem osobistym nr PESEL
zamieszkałego(a)
na kontrolne badanie lekarskie po okresie niezdolności do pracy z powodu choroby od r.
do r.

Pan (Pani) jest zatrudniony(a) w tutajszym
zakładzie na stanowisku

Jednocześnie informuję, że w tutajszym zakładzie

- nie występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe*,
- występują następujące warunki * (informacja o czynnikach szkodliwych lub warunkach uciążliwych)

.....

.....

.....

.....

Proszę o wydanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do pracy na zajmowanym stanowisku.
Podstawa prawna art. 229 § 1 i 2 K.p.

.....

(podpis pracodawcy)