

.....  
(pieczęćka działalności gospodarczej,  
zakładu pracy)

.....  
(miejscowość i data)

## Wniosek o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi tą opieką na ich wniosek (Dz. U. 2010 nr 113 poz. 758)

Rodzaj badania: .....  
(wstępne, okresowe, inne)

Pan(i) .....  
(imię i nazwisko)

Data urodzenia 

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkały(a) .....

Prowadzący własną działalność gospodarczą pod nazwą/wykonyjący pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w:

Adres prowadzenia działalności gospodarczej/miejsca pracy:

REGON 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj wykonywanej działalności gospodarczej/wykonywanej pracy:

Informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych/ aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia:

.....  
Czytelny podpis osoby zgłaszającej się na badanie