

# CENTRUM MEDYCZNE



## MEDYCINA PRACY WROCLAW

DBAMY O ZDROWIE TWOICH PRACOWNIKÓW

CENTRUM MEDYCZNE MEDYCINA PRACY WROCLAW Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
UL. Grabiszyńska 241C, 53-234 Wrocław

Tel. 71 3390359, 71 3392504, e-mail: rejestracja@mp.wroclaw.pl, www.medycynapracy.wroclaw.pl

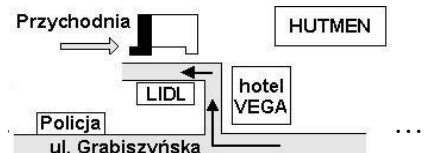
Na badania obowiązuje wcześniejsza rejestracja.  
Prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy w celu ustalenia terminu wizyty.

Godziny pracy przychodni:

Poniedziałek, Środa, Czwartek 7:00 – 15:00

Wtorek, Piątek 7:00 – 17:00

załącznik nr 1



Nazwa firmy .....

Adres .....

NIP .....

(oznaczenie pracodawcy)

(miejscowość, data)

### SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

wstępne  okresowe  kontrolne

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 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\*\*\*\*):

I. Czynniki fizyczne: .....

II. Pyły: .....

III. Czynniki chemiczne: .....

IV. Czynniki biologiczne: .....

V. 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:

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:

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. 221 § 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 2021 r. poz. 1941 oraz z 2022 r. poz. 974) dotyczące wskaźników pozwalających na wyznaczenie dawek promieniowania

jonizującego stosowanych przy ocenie narażenia na promieniowanie jonizujące;

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. z 2016 r. poz. 2067)

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