

.....  
Pieczęć działalności gospodarczej / zakładu pracy

.....  
Miejscowość, data

**WNIOSEK O OBJĘCIE PROFILAKTYCZNĄ OPIEKĄ ZDROWOTNĄ  
POPRAZ MEDYCYNĄ PRACY SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA ANITA  
REMBIECHA**

Podstawa prawna: ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi opieką na ich wniosek (Dz. U. Nr 113, poz. 758).

1. Imię i nazwisko.....

2. Nr PESEL (lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość).....

3. Adres miejsca pracy / wykonywania działalności gospodarczej\*.....  
.....  
.....

4. Numer REGON.....

5. Rodzaj wykonywanej pracy / działalności gospodarczej\*.....

6. Informacja o czynnikach szkodliwych występujących w miejscu pracy\*/ w miejscu wykonywania działalności gospodarczej (zaznaczyć krzyżykiem).

- Hałas
- Drgania mechaniczne (miejscowe, ogólne)
- Pyły przemysłowe (rodzaj)  
.....
- Czynniki chemiczne (wymienić)  
.....
- Mikroklimat gorący
- Mikroklimat zimny
- Oświetlenie sztuczne
- Promieniowanie (jonizujące, podczerwone, ultrafioletowe, elektromagnetyczne)\*
- Czynniki biologiczne (prątek gruźlicy, HAV, HBV, HCV, HIV, grzyby pleśniowe, inne)\*  
(wymienić)  
.....
- Praca przy monitorach ekranowych
- Ruchy monotypowe
- Praca fizyczna z wydatkiem energetycznym powyżej 1500 kcal dla mężczyzn i powyżej 2000 cal dla kobiet.
- Ręczne przenoszenie ciężarów
- Praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej (obsługa maszyn w ruchu, kierowania pojazdem, obsługa wózka samojezdnego, operator sprzętu ciężkiego)\*
- Praca na wysokości (do 3 metrów / powyżej 3 metrów)\*
- Praca zmianowa (nocna)\*
- Wysilek głosowy
- Stanowisko decyzyjne
- Konieczność wykonania badania do celów sanitarno- epidemiologicznych.
- Inne (wymienić)  
.....

\* niepotrzebne skreślić

.....  
czytelny podpis osoby zgłaszającej się na badanie