

.....  
miejscowość , data

.....  
pieczęćka działalności  
gospodarczej/ zakładu pracy

## Wniosek o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną

Na podstawie Rozporządzenie 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 ..... PESEL 

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

zamieszkały(a)

W.....

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

.....  
Adres - miejsca 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 .

*HBV, HCV, HIV, inne*

.....  
st. insp. ds. BHK

*Roman Skonieczny*

.....  
.....  
.....  
.....

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