

.....  
(pieczęć firmy)

### WNIOSEK

Na podstawie Rozporządzenia 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.2010 r., nr 113 poz.758)

**Rodzaj badania**.....  
( wstępne, okresowe, kontrolne)

**Pan/i** .....  
( imię i nazwisko)

**Data urodzenia**..... **PESEL**.....

**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 pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych/aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia:**

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
czytelny podpis