.....
/ miejscowość, data /

.....
/ czytelna pieczątka zakładu /

NIP .....

REGON .....

SKIEROWANIE do LEKARZA MEDYCYNY PRACY

na badania wstępne

Proszę o wydanie w trybie Art. 229 Kodeksu Pracy zaświadczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy przez młodocianego pracownika , którego zatrudnię w celu nauki zawodu :

.....
/ zawód /

Dane młodocianego :

Imię Nazwisko : .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

.....

Rodzaj czynnika szkodliwego w zakładzie : .....

.....

Rodzaj uciążliwości na stanowisku pracy : .....

.....

.....
/ PIECZĘĆ I PODPIS PRACODAWCY /

Drukuj formularz **Wyczyść wprowadzone dane**