

SKIEROWANIE PRACOWNIKA NA KONTROLNE BADANIA LEKARSKIE

.....
(oznaczenie pracodawcy i nr NIP)

..... dnia r.

.....
(oznaczenie placówki służby zdrowia)

Kieruję Pana (Panią)

legitymującego się dowodem osobistym nr

(nr PESEL

na kontrolne badanie lekarskie po okresie niezdolności do pracy z powodu choroby

trwającym od r. do

Pan (Pani) jest zatrudniony(a) w tut. Zakładzie

na stanowisku

.....
(informacja o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych)

Proszę o wydanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do pracy na zajmowanym stanowisku.

Podstawa prawna art. 229 § 2 K.p.

.....
(podpis pracodawcy)