

.....  
/ miejscowość, data /

.....  
/ czytelna pieczęć 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 /