

.....

.....  
/ 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 : .....

.....  
.....

.....

PRACODAWCY /

.....  
/ PIECZĘĆ I PODPIS