

**SKIEROWANIE NA BADANIA DO CELÓW  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**

....., dnia .....  
(pieczętka zakładu pracy) (miejsowość)

Pani/Pan .....  
(imię i nazwisko)

urodzona/urodzony .....

PESEL: ..... NIP Pracodawcy: .....

Adres zamieszkania:.....

która/-y: będzie / jest zatrudniona/y na stanowisku/-ach:

.....

Zakres czynności, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2006 roku w sprawie wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby):

.....

.....

.....

.....

.....  
(podpis i pieczętka osoby kierującej)

**HIH**  
Centrum  
Medyczne

