

PŁATNIK:  
KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI  
W BYDGOSZCZY  
ul. Powstańców Wielkopolskich 7, 85-090  
Bydgoszcz  
PKD: 84.24.Z, REGON: 091362152  
NIP: 554-031-29-93  
(oznaczenie pracodawcy)

Bydgoszcz,

roku

Badanie należy wykonać w terminie  
do dnia:

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE nr:**  
**(okresowe)**

**rok**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią\*:

nr PESEL\*\*:

zamieszkałego/zamieszkałą\*:

zatrudnionego/zatrudnioną \* lub podejmującego/podejmującą\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

określenie stanowiska/stanowisk\* pracy\*\*\*:

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach - należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*:

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym, niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....  
(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie)

.....  
(pieczęć i podpis pracownika ds. BHP)

.....  
(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)