

**WNIOSEK**

o profilaktyczną opiekę zdrowotną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

z 21 czerwca 2010 r. (Dz. U. Nr 113, poz. 758 z 2010 r.)

Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Nazwa miejsca pracy: \_\_\_\_\_ Regon: \_\_\_\_\_

Adres miejsca pracy: \_\_\_\_\_

Rodzaj wykonywanej pracy lub działalności gospodarczej: \_\_\_\_\_

Informacja o czynnikach szkodliwych występujących w miejscu pracy lub w miejscu wykonywania działalności gospodarczej: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby składającej wniosek