Załącznik nr 2 do instrukcji

………………………………, data …………………

 (miejscowość)

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć jednostki organizacyjnej | Nazwa i adres jednostki medycyny pracy |

**Skierowanie na profilaktyczne badania lekarskie wstępne/okresowe/kontrolne\***

1.
Imię (imiona) i nazwisko: .………………………………………………………………

2.
Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………

3.
Miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………..

4.
Przewidywane/zajmowane stanowisko: ………………………………………………..

5.
Pracownik może zostać również zatrudniony na następujących stanowiskach: ……………………………………………………………………………………………………

6.
Pracownik posiadający orzeczenie o niepełnosprawności: TAK/NIE\*, symbol niepełnosprawności ………………………………………………………………………………

7. Na ww. stanowisku wymagana jest książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych: TAK/NIE\*.

Czynniki szkodliwe i warunki uciążliwe występujące na stanowisku pracy:

I. Czynniki fizyczne:

l. Praca biurowa z obsługą komputera TAK/NIE\*

– codzienna: ile godzin [ ];

– dorywcza: ile godzin [ ].

UWAGA:

– wpisu do pkt l dokonuje bezpośredni przełożony pracownika – przy kierowaniu na badanie okresowe lub kontrolne;

– w przypadku skierowania kandydata na pracownika wypełnia pracownik kadr – bez określania ilości godzin pracy przy komputerze.

…………………………………………………

(data, podpis wraz z pieczęcią bezpośredniego przełożonego lub pracownika kadr)

II. Czynniki biologiczne (dotyczy pracowników pracujących w pomieszczeniach archiwum) zakwalifikowane do 1 i 2 grupy ryzyka:

– codzienna [ ];

– dorywcza [ ].

III. Inne czynniki:

1. Niekorzystne czynniki psychospołeczne:

– stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi [ ];

– stanowiska decyzyjne i związane z odpowiedzialnością [ ];

– monotonia pracy [ ].

2. Praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej [ ].

3. Praca na wysokości:

– do 3 metrów [ ];

– powyżej 3 metrów [ ].

4. Praca zmianowa [ ].

5. Praca nocna [ ].

6. Praca fizyczna wymagająca dźwigania:

– stała [ ];

– dorywcza [ ].

7. Praca w wymuszonej pozycji [ ].

8. Kierowanie:

– samochodem [ ] [kategoria: [ ];

– wózkiem jezdniowym z napędem silnikowymi [ ].

9. Praca w pozycji:

– stojącej [ ] ile godzin [ ];

– siedzącej [ ] ile godzin [ ].

10. Praca w terenie otwartym [ ].

11. Zagrożenia wypadkowe na stanowisku:

– nie występuje [ ];

– występuje – duże [ ], małe [ ].

W przypadku skierowania na badania profilaktyczne – kontrolne:

– ww. skierowany przebywał na zwolnieniu lekarskim: ile dni [ ];

– z tytułu:

a) wypadku przy pracy [ ];

b) wypadku w drodze [ ];

c) choroby [ ];

– inne przyczyny skierowania: ………………………………………………………………

………………………………………… ……………………………….

(podpis wraz z pieczęcią wystawiającego (podpis kierownika jednostki

 skierowanie) lub innej upoważnionej osoby)

Uwagi:

– wypełniać tylko te punkty, które dotyczą skierowanego, zaznaczając „[X]” lub dokonać właściwego wpisu;

– przy wypełnianiu skierowania należy zasięgnąć opinii zwierzchnika kierowanego na badania pracownika;

– pracownicy bez skierowania nie będą przyjmowani przez jednostkę medycyny pracy, z którą Urząd Miasta zawarł umowę.

\*Niepotrzebne skreślić.