

.....  
(oznaczenie pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

**Poradnie Lekarskie SunMedica**  
**ul. Wilkońskich 16**  
**tel. 61 651 57 32**



## SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

**(wstępne / okresowe / kontrolne)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. 2018. 917 t. j. ), kieruję na badania lekarskie:

Pana / Panią (\*) .....

(imię i nazwisko)

nr PESEL\*\*) .....

zamieszkałego / zamieszkałą\*).....

(miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

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:

1) Obsługa monitora ekranowego  do czterech godzin  powyżej czterech godzin

2) Hałas

3) Wibracja

4) Promieniowanie:  jonizujące  nadfioletowe  laserowe  podczerwone  elektromagnetyczne

czas narażenia:..... pomiary.....

### II. Pyły – proszę wymienić jakie

1. .... czas narażenia..... pomiary.....

2. .... czas narażenia..... pomiary.....

### III. Czynniki chemiczne/toksyczne : - proszę wymienić jakie

1. .... czas narażenia..... pomiary.....

IV. Czynniki biologiczne:  HBV  HCV  HIV  inne (jakie?)

### V. inne czynniki:

stanowisko decyzyjne  monotonia pracy  narażenie życia

kierowanie:  samochodem kat. ....  wózkiem widłowym  maszyną w ruchu

praca zmianowa:  nocna

praca na wysokości:  do 3 metrów  powyżej 3 metrów

dźwiganie ciężarów:  ilość kilogramów .....

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

.....  
(podpis pracodawcy)

**Obja nienia:**

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

\*\*\*\*\*) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.

\*\*\*\*\*) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1) wydane na podstawie:

a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

b) art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,

c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,

d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,

e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe ( Dz. U.2018.792 t. j.) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;

2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. 2016.2067 t. j.)

**Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.**

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO, informuję, iż:

Pana/ Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz.1155) Informujemy, że Administratorem danych jest Poradnie Lekarskie SunMedica , z siedzibą przy ul. Wilkońskich 16 w Swarzędzu. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych,

z którym można się kontaktować drogą mailową na adres [wsnzozsunmedica@wgmail.com](mailto:wsnzozsunmedica@wgmail.com) lub pisemnie na adres: ul. Wilkońskich 16, 62-020 Swarzędz lub pod numerem telefonu 61 651 57 32

Dane osobowe po zakończeniu realizacji celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych dla dobra publicznego i przechowywane przez okres niezbędny do realizacji przepisów prawa. Udostępnianie danych osobowych odbywa się wyłącznie uprawnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa, lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych.

Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.