

.....
podmiot kierujący na badanie

.....
miejscowość, dn.

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE WSTĘPNE/OKRESOWE/KONTROLNE*

członka ochotniczej straży pożarnej biorącego bezpośredni udział w działaniach ratowniczych.

Imię i nazwisko.....

Imię ojca.....

Data i miejsce urodzenia.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

Nazwa i adres Ochotniczej Straży Pożarnej.....

Funkcje pełnione w OSP.....

Informacja o występowaniu czynników szkodliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

.....

.....

.....
Podpis osoby kierującej

* właściwe podkreślić