**BADANIA NA KOSZT ZLECENIOBIORCY**

 **Kraków, dnia** ...............................

(oznaczenie zleceniodawcy) (miejscowość, data)

Zleceniobiorca Pan/Pani\*) ........................................................................................................................

 (imię i nazwisko)

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

zamieszkałego/zamieszkałą\*) ...................................................................................................................................

 (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

podejmująca/podejmujący na podstawie umowy cywilnoprawnej czynności:

w zakresie .............................................................................................................................................

Opis warunków czynności zleconych uwzględniający informacje o występowaniu czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania czynności,
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 czynności zleconych:

 ………………………………….

 (podpis zleceniodawcy)

Objaśnienia:

\*) 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 , sposób i czas ich wykonywania.

**Potwierdzenie zakresu czynności zleconych w celu wykonywania badań lekarskich przez zleceniobiorcę jest wydawane
w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje zleceniobiorca a drugi zleceniodawca.**