............................................

...........................................................  *miejscowość, data*

*imię i nazwisko*

..........................................................

*adres zamieszkania*

..........................................................

*telefon*

........................................................

*e-mail*

**Dyrektor**

**Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy**

**80-871 Gdańsk**

**ul. Okrąg 1B**

**WNIOSEK**

**o dokonanie wpisu do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne**

**Podstawa prawna:**

- art. 10 i 17 pkt 8 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r o służbie medycyny pracy ( Dz.U.2019, poz 1175 j.t. )

- § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. *w sprawie przeprowadzania badań lekarskich  pracowników, profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych   
do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy* ( Dz. U. 2016.2067 j.t.)

1. …………………………………………………………………………

( adres miejsca wykonywania badań profilaktycznych)

1. …………………………………………………………………………

(specjalizacja- podstawa wpisu do rejestru)

1. …………………………………………………………………………

( nr prawa wykonywania zawodu lekarza)

1. …………………………………………………………………………  
   (informacje o dodatkowych kwalifikacjach do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników)
2. …………………………………………………………………………  
    (termin podjęcia działalności)

Do wniosku załączam:

1. Kopia dyplomu lekarza **(oryginał do wglądu)**
2. Kopia prawa wykonywania zawodu **(oryginał do wglądu)**
3. Kopia dyplomu specjalizacji z medycyny pracy **(oryginał do wglądu)**
4. Oświadczenie – zgoda na przetwarzanie danych osobowych
5. ………………………………………………………………

…………..………………………  
 czytelny podpis lekarza