|  |
| --- |
| **Przychodnia Lekarska****ul. Zdrowotna 1****80-000 Gdańsk** |

(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

Gdańsk, dnia …***01.09.2023 r.***….

**SKIEROWANIE**

**na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**

**do Poradni Chorób Zawodowych**

**Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Gdańsku ul. Okrąg 1B**

1. Dane identyfikacyjne osoby badanej:

Imię i nazwisko: ………..……………………***Jan Kowalski*** .…………………………..……………...…….

Adres zamieszkania: …………...…….…***80-000 Gdańsk ul. Przykładowa 1***…………….………………….

Numer PESEL albo datę i miejsce urodzenia (jeżeli numer PESEL nie został nadany):

……………………………………………..…***600101000000***……………………………………………....

1. Dane identyfikacyjne podmiotu kierującego na badanie (nazwa, adres):

………………...…………………***Przychodnia Lekarska***…………………………………………………..

…………………………….***80-000 Gdańsk ul. Zdrowotna 1***…*…………………………………………………*

1. Nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie, i jej numer pozycji w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy: …………………….……….…***pylica krzemowa****…………………………………….………..*

………………………………..***numer pozycji w wykazie chorób zawodowych: 3/1***…………………..…..

………………………………………………………………………………………………………………



|  |
| --- |
| ***Leszek Lekarski lekarz******PWZ 000001*** |

……………………..…..…………………………….

 (podpis i pieczęć lekarza albo oznaczenie i podpis lekarza

 kierującego na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej)