

.....  
Pieczęć firmy z adresem i regonem

.....  
Miejscowość, dnia

## **SKIEROWANIE NA BADANIA PROFILAKTYCZNE\***

wstępne  okresowe  kontrolne  inne (badanie sprawności psychofizycznej) \*\*

w PSYCHOTESTY SZCZECIN – CENTRUM USŁUG PSYCHOLOGICZNYCH

Kieruję **Pana/Panią**.....  
(Imię i Nazwisko)

**Adres zamieszkania** .....

**PESEL**..... **Data urodzenia**.....

Zatrudniony(-a)  przyjmowany (-a) do pracy  powrót do pracy po okresie choroby powyżej 30 dni

zmiana stanowiska\*\* / na stanowisku:.....

### **Charakterystyka stanowiska pracy**

Krótki opis procesu technologicznego lub rodzaj wykonywanej pracy:

.....  
.....

Informacja o czynnikach szkodliwych i warunkach uciążliwych dla zdrowia występujących na danym stanowisku pracy\*\*

#### **1. Niekorzystne czynniki psychospoleczne:**

stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością  stały, duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi  zagrożenia wynikające z narażenia życia  niedostateczna stymulacja, monotonia pracy

#### **2. Praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej:**

prowadzenie samochodu służbowego,  praca na stanowisku kierowcy pojazdu samochodowego:  Kat. B (do 3,5 tony),  Kat. C, CE (powyżej 3,5 tony),  obsługa wózka widłowego,  inne urządzenia w ruchu (dźwigi, suwnice, żurawie, itd.)

#### **3. Praca na wysokości:**

do 3 metrów  powyżej 3 metrów

#### **4. Praca przy komputerze:**

do 4 godzin  powyżej 4 godzin

**5. Praca w wymuszonej pozycji ciała**  ; zmianowa: pora nocna

**6. Inne czynniki szkodliwe i uciążliwe TAK/NIE\*\* (Jeżeli występują proszę podać jakie oraz wyniki pomiarów)**.....

**7. Inne uwagi do badania:**.....

.....  
(Podpis i pieczęć osoby wystawiającej skierowanie)

\* Podstawa: D. U. Nr 69, poz. 332 z późn. zm.

\*\*Właściwe zaznaczyć