

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć firmowa

Dyrektor
Dolnośląskiego Wojewódzkiego
Ośrodka Medycyny Pracy

ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław

Zgłaszam podjęcie* / zakończenie* działalności psychologa

wykonującego zadania służby medycyny pracy w ramach prowadzonej działalności
gospodarczej sprawującej profilaktyczną opiekę nad pracującymi

podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27. 06.1997r o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2019r poz. 1175)

1. Imię i nazwisko psychologa wykonującego zadania służby medycyny pracy

.....
2. Nazwa i adres wykonywanej działalności

.....
3. Data rozpoczęcia* / zakończenia* działalności psychologa w ramach prowadzonej działalności
gospodarczej:

*** właściwe podkreślić**

.....
pieczęć i podpis
psychologa