

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Dyrektor
Dolnośląskiego Wojewódzkiego
Ośrodka Medycyny Pracy
ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław

Zgłaszam podjęcie* / zakończenie* działalności psychologa

wykonującego zadania służby medycyny pracy **w podmiocie leczniczym** sprawującym
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. Nazwa i adres podstawowej jednostki służby medycyny pracy

.....
.....

2. Imię i nazwisko psychologa wykonującego zadania służby medycyny pracy

.....

3. Data rozpoczęcia*/zakończenia* działalności psychologa w podmiocie leczniczym

.....

* właściwe zaznaczyć

.....
pieczęć i podpis kierownika
podmiotu leczniczego