

.....
miejsowość, data

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

**WNIOSEK
o dokonanie wpisu do rejestru lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań
profilaktycznych pracowników**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Telefon/ e-mail

Numer prawa wykonywania zawodu

Informacje o dodatkowych kwalifikacjach lekarza służby medycyny pracy J /T /K *

Specjalizacja - podstawa wpisu do rejestru lekarzy uprawnionych

Miejsce wykonywania badań profilaktycznych

.....
*** właściwe zaznaczyć**

.....
podpis lekarza

W załączeniu kserokopie:

1. dyplomu specjalizacji
2. dyplomu lekarza
3. numeru prawa wykonywania zawodu lekarza
4. zaświadczenia o zaliczeniu odpowiednich przeszkoleń do prowadzenia badań profilaktycznych pracowników, niezbędne z uwagi na warunki pracy:
 - promieniowanie jonizujące;
 - wykonujących prace w warunkach tropikalnych, morskich i podwodnych oraz pracowników wyjeżdżających do pracy lub powracających z pracy z warunków tropikalnych;
 - wykonujących prace na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego ,
5. w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji – kopie zaświadczeń o ukończeniu kursu podstawowego przewidzianego w programie specjalizacji z medycyny pracy.

PODSTAWA PRAWNA:

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2019r poz. 1175)