

.....
pieczęć firmowa

.....
miejsowość, data

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

Zgłaszam podjęcie*/zakończenie* działalności psychologa

sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi **w ramach prowadzonej działalności gospodarczej** wykonującej zadania służby medycyny pracy - podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27. 06.1997r o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. 2004 Nr 125, poz.1317 z póź. zm.)

1. Imię i nazwisko psychologa wykonującego zadania służby medycyny pracy

.....
Adres zamieszkania

telefon/ e-mail

2. Adres prowadzonej działalności gospodarczej

3. Numer dyplomu psychologa.....

4. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach do wykonywania zadań służby medycyny pracy T¹/K²/B³/G⁴.....

5. Data rozpoczęcia*/zakończenia* działalności psychologa

W załączeniu kserokopie:

1. dyplomu psychologa
2. zaświadczeń o uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji

Legenda:

¹T- uprawnienia do badań psychologicznych w zakresie psychologii transportu

²K- uprawnienia do badań psychologicznych osób wykonujących prace na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego

³B- uprawnienia do badań psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń

⁴G- uprawnienia do badań górników

* właściwe podkreślić

pieczęć i podpis
psychologa