**Wniosek na badania lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych**

do **Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1
w Lublinie, ul. Langiewicza 6A**

1. Nazwa i adres pracodawcy

 **Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie**

 **20-031 Lublin, pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5**

 **REGON 000001353 NIP 712-010-36-92**

 kieruję Panią/Pana\* ……………………………………………………………

 zam.

 PESEL

**2.** Pracownik jest zatrudniony / będzie zatrudniony\*

 na stanowisku / stanowiskach\* …………………………………………………

 …………………………………………………………………………………..

3. Charakterystyka pracy …………………………………………………….........

 …………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………...

Lublin, dnia ……………………….

 …………………………………

 pieczęć i podpis kierownika jednostki organizacyjnej

**\* niepotrzebne skreślić**