

Naziv in sedež delodajalca

Davčna številka

Gospodarska dejavnost:

(koda)

Napotnica za usmerjeni obdobji in drugi usmerjeni preventivni zdravstveni pregled

Na podlagi _____ točk(e) _____ člen(a)ov Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev (Ur.l.RS, št. 87/02) pošljamo na zdravstveni pregled delavca(ko):

_____, EMŠO
(priimek, dekliški priimek in ime)

Naslov _____
(kraj, ulica, številka, naziv pošte) (poštna številka)

Izobrazba _____, poklic _____
(stopnja od 1 – 9) (standardna klasifikacija poklicev) (koda)

Zaposlen(a) pri nas od dne Na sedanjem delovnem mestu _____
D D M M L L (koda)

od dne
D D M M L L

Zadnji preventivni zdravstveni pregled pri pooblaščenem zdravniku je opravil(a) dne
D D M M L L

Izjava o varnosti z oceno tveganja za navedeno delovno mesto je bila opravljena dne:
D D M M L L

Pomembni podatki iz ocene tveganja so:

Kratek opis delovnega procesa (priprava dela, dominantna dela in naloge, tedenski delovni čas – v urah, delo v izmenah):

Delovna oprema (orodja, inštrumenti, naprave itd.):

Predmeti dela (surovine, polizdelki, informacije itd.):

Izpostavljenost tveganjem (navesti kritične dejavnike tveganja, zahteve, obremenitve in škodljivosti pri delu):

Po zadnji oceni tveganja so bili izvedeni naslednji ukrepi na področju tehničnega varstva in humanizacije dela:

Osebna varovalna oprema:

Posebne zdravstvene zahteve, ki jih mora izpolnjevati delavec:

Delovno mesto je neustrezno za:

Pripombe delodajalca:

_____, dne
D D M M L L

žig

(podpis odgovorne osebe delodajalca)