

Naziv in sedež delodajalca

Davčna številka SI

Gospodarska dejavnost:

(koda)

## Napotnica za predhodni preventivni zdravstveni pregled

....., kraj rojstva .....,  
(priimek, deklinški priimek in ime)

EMŠO

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

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

**Na predhodni preventivni zdravstveni pregled ga-jo pošiljamo:** (ustrezno obkroži)

1. pred prvo zaposlitvijo
2. po prenehanju opravljanja določenega dela na določenem delovnem mestu za več kot 12 mesecev

**Imenovani(a) se bo zaposlil(a) na delovnem mestu** .....  
(koda)

**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:**

.....  
(kraj) D D M M L L

.....  
(podpis odgovorne osebe delodajalca)