Część A – Wypełnia lekarz

…………………………………………………….. ……………………………………………….

(pieczątka podmiotu kierującego) (miejscowość i data)

SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ PSYCHOLOGICZNĄ

Działając na podstawie *(§2 ust 1) Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktyki opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz. U. z 1996r. Nr 69, poz. 332 z późn.zm.*

Kieruję:

Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………………………………………..

numer PESEL ( w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość).....................................................................................

zam..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................…...................................

 (miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na konsultację psychologiczną w celu ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

….………………………………………..

(podpis i pieczątka lekarza)