

Образац 2

_____ (послодавац)

_____ (матични број из јединственог регистра)

_____ (адреса)

_____ (шифра делатности)

_____ (датум)

_____ (број упута)

УПУТ ЗА ПЕРИОДИЧНИ ЛЕКАРСКИ ПРЕГЛЕД ЗАПОСЛЕНОГ(Е)

Упућује се на ПЕРИОДИЧНИ ПРЕГЛЕД:

_____, ЈМБГ: _____,

(име, очево име и презиме)

рођен(а) _____ године у _____,

(место рођења и општина)

по занимању _____, који(а) треба да ради на радном месту

(назив занимања)

_____, ради оцене испуњености посебних здравствених

(назив радног места)

способности за обављање послова на том радном месту- које је Актом о процени

ризика _____,

(назив послодавца, број и датум доношења Акта),

утврђено као радно место са повећаним ризиком.

При претходном периодичном прегледу обављеном _____

(дан, месец и година)

у здравственој установи _____ – Служба медицине рада,

(назив здравствене установе)

утврђено је: _____.

(здравствено стање)

• Кратак опис послова на радном месту: _____

• Процењени ризици на радном месту и у радној околини –утврђени Актом о процени ризика: _____

(опасности и штетности са измереним вредностима)

• Посебни здравствени услови утврђени Актом о процени ризика које(а) мора испуњавати: _____

Послодавац

(М.П.)