

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego

Dyrektor  
Dolnośląskiego Wojewódzkiego  
Ośrodka Medycyny Pracy  
ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław

**Zgłaszam podjęcie\* / zakończenie\* działalności psychologa**

wykonującego zadania służby medycyny pracy **w podmiocie leczniczym** sprawującym  
profilaktyczną opiekę nad pracującymi

podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27. 06.1997r o służbie medycyny pracy ( Dz.U. 1997 nr 96 poz.593  
z późn. zm.)

1. Nazwa i adres podstawowej jednostki służby medycyny pracy

.....  
.....

2. Imię i nazwisko psychologa wykonującego zadania służby medycyny pracy

.....

3. Data rozpoczęcia\*/zakończenia\* działalności psychologa w podmiocie leczniczym

.....

\* właściwe zaznaczyć

.....  
pieczęć i podpis kierownika  
podmiotu leczniczego