

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego

.....  
miejsowość, data

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

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

sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi w **podmiocie leczniczym** wykonującym zadania służby medycyny pracy (podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27. 06.1997r o służbie medycyny pracy Dz. U. 2004 Nr 125, poz. 1317 z póź. zm.)

1. a) Nazwa i adres podstawowej jednostki służby medycyny pracy (pieczęć)

.....  
.....  
.....

b) Oznaczenie podmiotu tworzącego (w/g Księgi Rejestrowej Zakładu)

.....  
.....

2. Imię i nazwisko psychologa wykonującego zadania służby medycyny pracy

.....

Adres zamieszkania .....

telefon/ e-mail .....

3. Numer dyplomu psychologa.....

4. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach do wykonywania zadań służby medycyny pracy T<sup>1</sup>/K<sup>2</sup>/B<sup>3</sup>/G<sup>4</sup>.....

5. Data rozpoczęcia\*/zakończenia\* działalności psychologa

.....

**W załączeniu kserokopie:**

1. dyplomu psychologa
2. zaświadczeń o uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji

**Legenda:**

<sup>1</sup>T- uprawnienia do badań psychologicznych w zakresie psychologii transportu

<sup>2</sup>K- uprawnienia do badań psychologicznych osób wykonujących prace na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego

<sup>3</sup>B- uprawnienia do badań psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń

<sup>4</sup>G- uprawnienia do badań górników

\* właściwe podkreślić

pieczęć i podpis kierownika  
podmiotu leczniczego