Priloga III.

Naziv in sedež delodajalca_____
Davčna številka :_____:
Gospodarska dejavnost _____
:_____:
koda

Napotnica

za usmerjeni obdobni in drugi usmerjeni preventivni zdravstveni pregled

Na podlagi _____ točk(e) _____ člen(a)ov Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev pošiljamo na preventivni zdravstveni pregled delavca(-ko):

_____
(priimek, dekliški priimek in ime)

EMŠO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,
Naslov _____ :_____:
Kraj, ulica, številka, pošta, številka — poštna številka

Izobrazba _____:_____: , poklic_____ :_____:
(Stopnja od 0-4) — (Standardna klasifikacija poklicev) — koda

Zaposlen(a) pri nas od :__:__:__:__:__:__: , opravlja _____:_____: od :__:__:__:__:__:__:
D D M M L L — *naziv in koda delovnega mesta* — D D M M L L

Zadnji preventivni zdravstveni pregled je opravil(a) dne :__:__:__:__:__:__:, pri pooblaščenem zdravniku.
D D M M L L

Izjava o varnosti z oceno tveganja za omenjeno delovno mesto je s strani delodajalca: :_____:
1 opravljena (datum) :__:__:__:__:__:__:
D D M M L L

2 neopravljena

Delovno mesto je na osnovi ocene tveganja :_____:
1 zdravju neškodljivo
2 zdravju škodljivo: navesti kritične dejavnike tveganja (zahteve, obremenitve, škodljivosti) pri delu:
_____
_____
_____
_____

V_____ , dne :__:__:__:__:__:__: žig podpis odgovorne osebe delodajalca
Kraj — D D M M L L — _____

Plačnik pregleda:_____

Delodajalec pošlje delavca na usmerjeni preventivni zdravstveni pregled z napotnico, ki jo izpolni na predpisanem obrazcu v dveh izvodih, od katerih dobi vrnjen en izvod delodajalec z izpolnjeno oceno delovne zmožnosti, en izvod pa zadrži pooblaščeni zdravnik.