

WNIOSEK
o dokonanie wpisu (do rejestru / zmian w rejestrze)¹⁾
lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne

I. MIEJSCE SKŁADANIA WNIOSKU:		Data wpływu wniosku ²⁾	Numer z rejestru WOMP ²⁾
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach ul. Warszawska 42 40-008 Katowice			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRESOWE			
Imię i nazwisko osoby składającej wniosek:		Nr PESEL:	
Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym:			
Nr telefonu / e-mail:			
III. MIEJSCE WYKONYWANIA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH			
Lp.	Nazwa podstawowej jednostki służby medycyny pracy	Adres	
1			
		Nr telefonu:	
		E-mail:	
2			
		Nr telefonu:	
		E-mail:	
3			
		Nr telefonu:	
		E-mail:	
4			
		Nr telefonu:	
		E-mail:	
5			
		Nr telefonu:	
		E-mail:	

1) niepotrzebne skreślić

2) wypełnia WOMP

IV. DO WNIOSKU DOŁĄCZA SIĘ: ³⁾		4)
1	kopię dyplomu lekarza	
2	kopię dyplomu specjalizacji stanowiącej dodatkowe kwalifikacje do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników	
3	kopię karty szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny pracy lub medycyny transportu	
4	kopię zaświadczenia o ukończeniu kursu podstawowego przewidzianego w programie w/w specjalizacji	
5	kopię prawa wykonywania zawodu	
6	kopię zaświadczenia o ukończeniu kursu uprawniającego do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę w warunkach tropikalnych, morskich i podwodnych oraz pracowników wyjeżdżających do pracy lub powracających z pracy w warunkach	
7	kopię zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego	
8	kopię zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego	
9	w przypadku zmiany nazwiska - oświadczenie	
10	Inne	

	Liczba załączników dołączona do wniosku:
V. OŚWIADCZENIE I PODPIS SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK		
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.		
<i>Data i podpis osoby składającej wniosek</i>		
.....		
VI. REALIZACJA WNIOSKU ²⁾		
Wystawiono zaświadczenie z numerem:		Data i podpis osoby realizującej wniosek
.....	

2) wypełnia WOMP

3) oryginały dokumentów do wglądu

4) wpisać znak "x" we właściwym polu