Załącznik nr 2

**Skierowanie na konsultację**

Konsultacja w związku z realizacją Regionalnego Programu Zdrowotnego „Programu profilaktyki chorób układu oddechowego dla pracowników zawodowo narażonych na działanie pyłu zwłókniającego” na lata 2017-2020.

Imię i nazwisko .........................................................................................................................................

PESEL

|  |  |
| --- | --- |
| Zakład pracy: .....................................................................................................................................Stanowisko: ...................................................................................................................................... | Narażenie na pył w środowisku pracy:* rodzaj pyłu ...........................................
* stężenie pyłu ........................................

Inne czynniki szkodliwe w środowisku pracy:* ..............................................................
* ..........................................................
* ..........................................................
 |

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

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć koordynatora programu)