

.....
(miejscowość i data)

Skierowanie

na badanie lekarskie o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy

Kieruję Pana/Panią ur. dn.

PESEL

Adres zamieszkania

zatrudniony/a w

na stanowisku

w/wym. jest zaliczony/a do

na podstawie orzeczeniaważnego do dnia

.....
Pieczętka i podpis pracodawcy