Priloga II.

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

Napotnica
za predhodni preventivni zdravstveni pregled

_____ kraj rojstva _____
(*priimek, dekiiški priimek, in ime*)

EMŠO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Naslov _____ :_____:
Kraj, ulica, številka, pošta, številka — poštna številka

Izobrazba _____ :___:, poklic _____ :_____:
Stopnja od 0—4 — standardna klasifikacija poklicev — koda

Na predhodni preventivni zdravstveni pregled ga-jo pošiljamo: :___:
1 pred prvo zaposlitvijo
2 po prenehanju opravljanja določenega dela na določenem delovnem mestu za več kot 12 mesecev.

Imenovani(a) se bo zaposlil(a) na delovnem mestu _____ :_____:
Naziv — koda

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 (navesti pomembne razpoložljive podatke o delovnem mestu)

Pomembni podatki iz izjave so:
Kratek opis delovnega procesa (priprava dela, dominantna dela in naloge, skupni delovni čas, efektivni delovni čas v minutah, izmene)
_____
_____
_____

Delovna oprema (orodja, inštrumenti, naprave itd.)
_____
_____

Predmeti dela (surovine, polizdelki, izdelki, informacije itd.)
_____

S strani delodajalca izvedeni ukrepi na področju tehničnega varstva in humanizacije dela (ergonomske rešitve)
_____
_____

Osebna varovalna oprema:
_____

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

Delovno mesto je neustrezno za: :_____:
1 ženske
2 ženske v zvezi z materinstvom
3 kronične bolnike (prizadeti organi _____)
4 invalide
5 mladoletne
6 starejše delavce (ženske nad 45 let in moške nad 50 let)
7 drugo _____
Razlogi (dejavniki tveganja)_____

V _____ datum :__:__:__:__:__:__: žig Podpis odgovorne osebe delodajalca:
Kraj _____

Plačnik pregleda:_____

Delodajalec pošlje delavca na predhodni 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 zadrži pooblaščeni zdravnik.