



**ZDROWIE**

PRACODAWCA – oznaczenie pracodawcy

## SKIEROWANIE NA SZCZEPIENIE OCHRONNE

Działając na podstawie art. 20 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723), kieruję na szczepienie ochronne:

Panią  Pana

Nazwisko  Imię

PESEL

W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – proszę podać serię, numer i nazwę dokumentu stwierdzającego tożsamość.

W przypadku osoby przyjmowanej do pracy – datę urodzenia.

Adres zamieszkania:      
Ulica Numer domu Numer lokalu  
     
Kod pocztowy Poczta Miejscowość

Zatrudniona/zatrudnionego\* lub podejmująca/podejmującego\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy:

### Wymagane szczepienie ochronne przeciwko (zaznacz właściwe znakiem x):

- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZWB)
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZWA)
- tężcowi
- durowi brzuszному
- kleszczowemu zapaleniu mózgu
- błonicy
- inne – wymienić jakie

Uwagi:

**W przypadku szczepień, które podaje się w wielu dawkach, co wiąże się z koniecznością kilkukrotnego przyścia do placówki medycznej, prosimy aby była to zawsze ta sama placówka medyczna, w której podano pierwszą dawkę szczepionki.**

Data Miejscowość Podpis pracodawcy

### Rejestracja

Aby zarezerwować termin badań proszę się skontaktować z infolinią – tel. **22 535 91 91** lub **510 202 102** (opłata zgodna z taryfą operatora).

**Proszę mieć przy sobie skierowanie, aby umówić się na odpowiednie szczepienie.**

\* Wybrać odpowiednie.