
 (Послодавац)
 Број: _____
 Датум: _____
 У _____

 (Здравствена установа)
 У _____
 Ул. _____

УПУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ ПРЕГЛЕД

Упућује се _____
 (име, име оца, презиме)
 Датум рођења _____
 Број личне карте _____
 Матични број _____
 На здравствени преглед _____

ради: _____

Категорија А, Б, Ц и Д, сходно члану 4. Правилника о здравственим условима које морају испуњавати железнички радници, начину њиховог утврђивања и времену њиховог проверавања.

У току рада на радном месту _____

Железнички радник је изложен опасностима од: _____

Прилог: медицинска документација

Датум пријема _____
 Потпис железничког радника _____

М.П.

Овлашћено лице _____