

Agencja Restrukturyzacji
i Modernizacji Rolnictwa
Śląski Oddział Regionalny
ul. Sobieskiego 7
42-200 Częstochowa
NIP 526-19-33-940
Regon 010613083-00147 ; EKD 6522

Częstochowa, dniar.

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

Wniosek o przeprowadzenie szczepień ochronnych/ badania sanitarno-epidemiologicznego razem z badaniem kału na nosicielstwo*

Stosownie do przepisów Ustawy z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.z 2022 r. poz. 1657 ze zm.) kieruje

Pan(i).....
imię i nazwisko *nr PESEL*

zamieszkały(a) w

Zatrudniony(a) w Śląskim Oddziale Regionalnym Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa w Częstochowie na stanowisku

Charakterystyka wykonywanych prac:

- kontrola zakładów przetwórstwa spożywczego,
- kontrola gospodarstw rolnych i siedzib stad zwierzęcych

Proszę o wykonanie:

Szczepienia ochronnego przeciw tężcowi, kleszczom/ badania sanitarno-epidemiologicznego razem z badaniem kału na nosicielstwo *

.....
(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
do składania oświadczenia w imieniu pracodawcy)

* niepotrzebne skreślić