***Załącznik Nr 1***
***do Umowy Nr……. z dnia……..***

**Zgłoszenie planu badań profilaktycznych na rok kalendarzowy 20…..**

| | |
|---|---|
| | * S- |

nazwa, adres, telefon, email placówki dydaktycznej

| Lp | Profil, kierunek nauczania | Czas nauki zawodu | Zawód | Dane o narażeniu na czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne | Liczba osób podlegających badaniom | * Przewidywane wykonanie badań lekarskich i dodatkowych badań diagnostycznych | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Ogólnolekarskie | Okulistyczne/badanie dna oka i przeziemości soczewek | Widzenie przestrzenne | Kardiologiczne + test Harwarda | Audiometryczne | Badanie otoskopowe | Badanie spirometryczne | EKG | RTG | ALAT, ASPAT | Glukoza | Morf.+Rozmaz+Płytki | Retikulocyty | Inne |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Wypełnia WOMP

**Ogółem:**

| | | |
|---|---|---|
| * | * | |
| badania programował<br>data i podpis | badania zatwierdził<br>data, pieczątka i podpis | podpis i pieczątka<br>dyrektora/rektora szkoły/szkoły wyższej |