

Białystok, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon

**Do Dyrektora  
Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka  
Medycyny Pracy w Białymstoku**

**Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach PWOMP  
dotyczącej:**

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- Posiadam upoważnienie (w załączniku)

**1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :**

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

sporządzonej w PWOMP w Białymstoku w okresie .....

badania wykonane zostały dla/ zakładu\*/ na wniosek\*/.....

w / Poradni\* / Pracowni\*/ .....

inne.....

**Inne szczególne** (wymagany opis wniosku)

.....  
.....

**2. DANE WNIOSKODAWCY** (w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres ..... tel. ....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Dokumentację do wglądu udostępniono dnia** .....

.....  
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....  
(data i podpis osoby oglądającej dokumentację)