

-----  
(Miejscowość)

-----  
(data)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
(imię nazwisko, adres, telefon)

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w

\_\_\_\_\_  
(Miejscowość)

za Pośrednictwem Lekarza Medycyny Pracy

## Wniosek o przeprowadzenie ponownego badania

Na podstawie art. 79 ust. 4 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2022 r. poz. 1275) w związku z uzyskanym w dniu ..... orzeczeniem lekarskim nr .....  
Wydanym przez lekarza medycyny pracy, stwierdzającym, że (imię i nazwisko) .....  
został/a uznany/a jako osoba wobec której istnieją przeciwwskazania do kierowania pojazdami.  
Wnoszę o ponowne przeprowadzenie badania lekarskiego w celu stwierdzenia istnienia lub braku  
przeciwwskazań do kierowania pojazdami kategorii ..... prawa jazdy.

## Uzasadnienie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Orzeczenie lekarskie nr .....
2. ....
3. ....