

.....
Pieczętka jednostki prowadzącej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2010 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. Nr 155, poz. 1045) orzeka się u:

.....
Imię i nazwisko

data urodzenia: PESEL:

- kandydata do szkoły / na studia *
- ucznia szkoły / studenta *
- uczestnika studiów doktoranckich *

kierunek kształcenia:

w

.....
Nazwa i adres placówki dydaktycznej

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia / kontynuowania:
praktycznej nauki zawodu, studiów, studiów doktoranckich *

Data następnego badania :

2) istnienie przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia / kontynuowania: praktycznej nauki
zawodu, studiów, studiów doktoranckich *

*** Niepotrzebne skreślić**

....., dnia

POUCZENIE

Osoba badana lub placówka dydaktyczna, która nie godzi się z treścią zaświadczenia, może wystąpić w ciągu 14 dni od dnia doręczenia zaświadczenia z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.