

.....
pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

Dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działania czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, kwalifikacyjnego kursu zawodowego, studiów lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz.U. 2019 poz. 1651)

u

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
numer pesel lub
rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

kandydat/uczeń *

na kierunek

KOSMETOLOGIA/ DIETETYKA/ FIZJOTERAPIA/ PIELĘGNIARSTWO*

**UNIWERYSTET WSB MERITO
AL. GRUNWALDZKA 238A 80-266 GDAŃSK**

orzeka się o:

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich *

Data następnego badania.....

- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania i pobierania nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich *

.....
pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego
badanie

* właściwe podkreślić

POUCZENIE

Osoba badana lub placówka dydaktyczna - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić, w terminie 14 dni od daty otrzymania zaświadczenia lekarskiego, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy - do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.