.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w trakcie praktycznej nauki zawodu, stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół, oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767), orzeka się, że

u .....
(imię i nazwisko)

urodzonego dnia ..... miesiąca ..... roku .....

zamieszkałego w .....

- kandydata do szkoły ponadpodstawowej*,
- uczestnika szkoły ponadpodstawowej*,

w .....
(nazwa i adres szkoły)

1. brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia*/kontynuowania* nauki,

   data następnego badania .....

2. istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia*/kontynuowania* nauki.

*) właściwe podkreślić

....., dnia ..... r.

.....
pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

POUCZENIE

Kandydat do szkoły lub uczeń szkoły otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić, w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Jeżeli osoba, której zaświadczenie dotyczy, nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, wniosek może złożyć jej przedstawiciel ustawowy.
Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl