

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 szkołach wyższych lub studiów doktoranckich 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 z późn. zm.) orzeka się, że:

u

imię i nazwisko

urodzonego dnia

zamieszkałego w

- kandydata do szkoły wyższej,*
- studenta szkoły wyższej,*
- uczestnika studiów doktoranckich,*

w

nazwa i adres szkoły wyższej* lub jednostki, w której odbywają się studia doktoranckie oraz wydziału (wydziałów)

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do
 - podjęcia*/kontynuowania* studiów w szkole wyższej,
 - uczestniczenia w studiach doktoranckich*.Data następnego badania
- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do
 - podjęcia*/kontynuowania* studiów w szkole wyższej,
 - uczestniczenia w studiach doktoranckich*.

*/ Właściwe podkreślić.

.....

Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

....., dnia r.

POUCZENIE

Osoba zainteresowana otrzymująca 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. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.