



## KRAKOWSKA WYŻSZA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA

Wpis do rejestru niepaństwowych uczelni zawodowych MENiS nr 245

31-158 Kraków, ul. Krowoderska 73, tel. 012 423 38 40, tel./fax 012 292 50 04

[info@kwspz.pl](mailto:info@kwspz.pl), [www.kwspz.pl](http://www.kwspz.pl)

NIP: 676-22-17-746 PKO BP SA IX/Oddział Kraków 05 1020 2906 0000 1902 0168 5809

# S k i e r o w a n i e

*Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 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 oraz na podstawie art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317, z późn. zm.)*

### I. Kieruję na badania lekarskie

.....  
imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

.....  
PESEL

- kandydata do szkoły\*, ucznia szkoły\* ponadpodstawowej,
- **kandydata do szkoły wyższej\***, studenta\* na wydziale (wydziałach)

Wydział Promocji Zdrowia **Krakowskiej Wyższej Szkoły Promocji Zdrowia** z siedzibą w Krakowie  
Kierunek: **Dietetyka**

- uczestnika studiów doktoranckich\*

### II. W trakcie:

- praktycznej nauki zawodu w szkole ponadpodstawowej\*,
- **studiów w szkole wyższej\***,
- studiów doktoranckich\*

wyżej wymieniony(a) będzie narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych, lub niebezpiecznych dla zdrowia:

- Czynniki biologiczne
- Obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego (wysiłek fizyczny, wymuszona pozycja ciała)

\* właściwe zaznaczyć

Kierujący na badania lekarskie

Kraków, dnia .....r.