



KRAKOWSKA WYŻSZA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA

Wpis do Rejestru uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych MNiSW nr 245

31-158 Kraków, ul. Krowoderska 73, tel. 12 423 38 40, tel./fax 12 292 50 04
info@kwspz.pl, 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: **Fizjoterapia**

- 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
- Substancje chemiczne szkodliwe, drażniące (środki dezynfekcyjne)
- Pole elektromagnetyczne
- Promieniowanie laserowe
- Ultradźwięki
- Obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego (wysiłek fizyczny, wymuszona pozycja ciała)

* właściwe zaznaczyć

Kierujący na badania lekarskie

Kraków, dniar.