

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego mającego na celu ocenę możliwości pobierania nauki uwzględniając stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich osób badanych stosownie do przepisu art. 5 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2022 r., poz. 437) orzeka się, że:

u
imię i nazwisko

urodzonego/ej
dzień/ miesiąc/ rok PESEL

podejmującego*/ kontynuującego praktyczną naukę zawodu*, **studia***, kwalifikacyjny kurs zawodowy*, studia doktoranckie*

w:

KRAKOWSKIEJ WYŻSZEJ SZKOŁY PROMOCJI ZDROWIA
WYDZIAŁ PROMOCJI ZDROWIA
31-158 Kraków, ul. Krowoderska 73

KIERUNEK FIZJOTERAPIA

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

- 1) brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu*, studiów*, kwalifikacyjnego kursu zawodowego*, studiów doktoranckich*

Data następnego badania lekarskiego __ __ / __ __ / __ __ __ __ (dd/ mm/ rrrr)

- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu*, studiów*, kwalifikacyjnego kursu zawodowego*, studiów doktoranckich*

*)właściwe zaznaczyć

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

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

POUCZENIE

Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie. Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, 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.