



KRAKOWSKA WYŻSZA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA

Wpis do ewidencji uczelni niepublicznych 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: 676-22-17-764 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 2019r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. 2019r., poz. 1651) oraz na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175)

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, dniar.