

pieczętka jednostki medycyny pracy
przeprowadzającej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego mającego na celu ocenę możliwości pobierania nauki, uwzględniającą 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 1997r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. 2018r. poz. 1155)

orzeka się, że:

u
/imię i nazwisko/

urodzonego(ej) dnia
nr PESEL, a w przypadku osoby, która nie posiada nr PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.....

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

w
/nazwa i adres placówki dydaktycznej/

.....
/kierunek praktycznej nauki zawodu albo kształcenia/

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

Data następnego badania lekarskiego.....

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

*właściwe zaznaczyć

.....dnia r.

.....
podpis i pieczętka lekarza
przeprowadzającego badanie

POUCZENIE

Orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwoławczym jest ostateczne.