

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza praktykującego indywidualnie

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich, stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2010 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich ( Dz. U. Nr 155, poz.1045 ) orzeka się, że:

U.....  
( imię i nazwisko)

urodzonego (ej) dnia..... miesiąca..... roku.....

o numerze PESEL:.....

- kandydata / ucznia szkoły ponadpodstawowej / ponadgimnazjalnej\*
- kandydata / studenta szkoły wyższej\*
- uczestnika studiów doktoranckich\*

.....  
nazwa i adres placówki dydaktycznej

na kierunku.....

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do

- podjęcia / kontynuowania praktycznej nauki zawodu
- studiów lub studiów doktoranckich\*

Data następnego badania.....

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

- podjęcia / kontynuowania praktycznej nauki zawodu
- studiów lub studiów doktoranckich\*

\*właściwe podkreślić

....., dnia.....

pieczęć i podpis lekarza  
prowadzącego badanie

### POUCZENIE

Osoba badana lub placówka dydaktyczna, która nie godzi się z treścią wydanego orzeczenia może wystąpić w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego ze względu na siedzibę jednostki dydaktycznej, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania. Jeżeli osoba, której zaświadczenie dotyczy, nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych wniosek może złożyć jej przedstawiciel ustawowy.