

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w szkołach wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, póź. 767) orzeka się, że u:

Pana(i):.....

urodzonego(ej):.....

zamieszkałego(ej):.....

- kandydata do szkoły wyższej,
- studenta szkoły wyższej,
- uczestnika studiów doktoranckich*,

W:.....

Wydział:.....

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

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do
 - podjęcia/kontynuowania studiów w szkole wyższej,
 - uczestniczenia w studiach doktoranckich *

DATA NASTĘPNEGO BADANIA:

- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do
 - podjęcia/kontynuowania studiów w szkole wyższej,
 - uczestniczenia w studiach doktoranckich *

* Niepotrzebne skreślić

Pieczęć i podpis Lekarza badającego

Pouczenie:

Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia mogą wystąpić w ciągu 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy - do jednostki badawczo - rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.