

KARTA BADANIA ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o udziale w kursie zawodowym

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADIANIAMI

Data badania	Dziś	Miesiąc	Rok
--------------	------	---------	-----

Imię i nazwisko: _____
Adres zamieszkania: _____

Miejsce urodzenia: _____ **Telefon:** _____
Zawód wyuczony: _____ **PESEL:** _____

WNIOSKUJE O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU W KURSIE (właściwie zaznaczyć znakem X):

- Spawanie metodą TIG, MAG, MIG
- Spawanie acetylenowo tlenowe
- Spawanie łukowe metodą otuloną
- Praca z piłką mechaniczną do ścinania drewna
- Praca z przecinaką do nawierzchni dróg
- Operator wózka widłowego z napędem silnikowym
- Operator koparki ładowarki
- Operator ładowarki
- Operator koparki
- Operator HDS, żurawia, podestu ruchomego
- Operator wielozadaniowego nośnika sprzętu
- Operator spycharki
- Operator walca drogowego
-

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, przechowywanie i udostępnianie moich danych zawartych w dokumentacji zgodnie z przepisami, na podstawie których przeprowadzane są badania

PODSISZ I PRZETAKA LEKARZA UPRAWNIENIEGO

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając **znak X** w odpowiednią rubrykę. Należy wypełnić wszystkie rubryki. Jeżeli pytanie jest niezrozumiałe należy poprosić o pomoc uprawnionego lekarza i uzupełnić odpowiedź.

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

	TAK	NIE
1		
2		
3		
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		
3.5		
3.6		
3.7		
3.8		
3.9		
3.10		
3.11		
3.12		
3.13		
3.14		
3.15		
3.16		
3.17		
3.18		
3.19		
3.20		
3.21		
3.22		
4		
5		

POUCZONY/O ODPowiedzialności KARNIEJ Z ART. 233 KODEKSU KARNEGO
- OŚWIADCZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Data

WZÓR WYPEŁNIANIA – ZAŚWIADCZENIE – UCZESTNICTWO W KURSACH ZAWODOWYCH – WSZYSTKIE ŻÓŁTE POLA MUSZĄ BYĆ WYPEŁNIONE

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego w zakresie i na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.), uwzględniając czynniki szkodliwe i uciążliwe w trakcie wykonywania czynności określonych w zaświadczeniu orzeka się:

U Pana (i) _____ (imię i nazwisko)

PESEL: _____

Miejsce zamieszkania: _____

Brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności związanych z:

- Spawanie metodą TIG
- Spawanie metodą MAG
- Spawanie metodą MIG
- Spawanie acetylenowo tlenowe
- Spawanie łukowe metodą otuloną
- Praca z piłką mechaniczną do ścinania drewna
- Praca z przecinaką do nawierzchni dróg
-

(data wystawienia) (podpis i pieczęć lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych) (podpis i pieczęć lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych)

Objawienia
* Właściwe zaznaczyć

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego w zakresie i na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.), uwzględniając czynniki szkodliwe i uciążliwe w trakcie wykonywania czynności określonych w zaświadczeniu orzeka się:

U Pana (i) _____ (imię i nazwisko)

PESEL: _____

Miejsce zamieszkania: _____

Brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy jako operator:

- Wózka widłowego z napędem silnikowym
- Koparko-ładowarki
- Ładowarki
- Koparki
- HDS, żurawia, podestu ruchomego
- Wielozadaniowego nośnika sprzętu
- Spycharki
- Walca drogowego
-

(data wystawienia) (podpis i pieczęć lekarza uprawnionego do badań lekarskich) (podpis i pieczęć lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych)

Objawienia
* Właściwe zaznaczyć