



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 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2014.1184 j.t) orzeka się,

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

podjęmującego/kontynuującego praktyczną naukę zawodu*, studiów*, 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

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

• własne zaznaczyć

Katowice,
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie)

POUCZENIE

Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie. Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.



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 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2014.1184 j.t) orzeka się,

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

podjęmującego/kontynuującego praktyczną naukę zawodu*, studiów*, 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

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

• własne zaznaczyć

Katowice,
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie)

POUCZENIE

Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie. Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.