

.....
*/ pieczęć jednostki
przeprowadzającej badanie/*

.....dnia.....20.....r.
/miejsce i data wydania/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz.U. Nr 125 poz. 1317, z późn. zm.)

u Pana/ Pani
/ imię i nazwisko / */ data urodzenia /*

.....
/ numer PESEL-w przypadku posiadania /

kandydata/ki na słuchacza/kę studiów podyplomowych w zakresie wychowania fizycznego / gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej *
w Wyższej Szkole Kultury Fizycznej i Turystyki im. Haliny Konopackiej, 05-800 Pruszków, ul. Andrzeja 1

orzeka się o:

1. braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia studiów podyplomowych*

Data następnego badania:.....

2. istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia studiów podyplomowych *

.....
*/pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie/*

*niewłaściwe skreślić

Pouczenie:

Osoba badana lub placówka dydaktyczna, która nie godzi się z treścią orzeczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3, może wystąpić w terminie 14 dni od dnia doręczenia zaświadczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania.