

Pieczęć zakładu
opieki zdrowotnej
lub lekarza
praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz 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, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767) orzeka się, że:

U.....
imię i nazwisko

urodzonego dnia..... miesiąca..... roku.....

zamieszkałego w.....

- kandydata do szkoły wyższej*,
- studenta szkoły wyższej*

W.....

.....
nazwa i adres szkoły wyższej oraz wydział i kierunek

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do
- podjęcia*/kontynuowania* studiów w szkole wyższej

Data następnego badania:.....

- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do
- podjęcia*/kontynuowania* studiów w szkole wyższej

*) Właściwe podkreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

....., dnia r.

POUCZENIE

Osoba zainteresowana otrzymująca zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.