

pieczęć placówki dydaktycznej

SKIEROWANIE

Stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz dokumentowania tych badań (Dz. U. z 2019 r.poz.141)

I. Kieruję na badanie lekarskie:

.....
imię i nazwisko kandydata / ucznia / studenta / słuchacza

.....
data urodzenia

.....
numer PESEL

- kandydat do Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

Podypłomowe studia/kursy.....

.....
kierunek kształcenia

II. W trakcie: wyżej wymieniony (a) będzie narażony (a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

- zajęcia wymagające dodatkowego wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym

....., dnia.....

miejsce, data wystawienia skierowania

KIEROWNIK
Centrum Kształcenia Podypłomowego


dr Elżbieta Olszewska

pieczęć i podpis kierującego na badanie

pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

Dnia20.....r.

Zaświadczenie lekarskie

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, kwalifikacyjnego kursu zawodowego, studiów lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz dokumentowania tych badań (Dz. U. z 2019 r. poz. 141)

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia,

.....
numer PESEL lub
rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

kandydat do Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, ul. Marymoncka 34

na

.....
kierunek praktycznej nauki zawodu lub kształcenia;

orzeka się o:

1) braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki na studiach wymagających dodatkowego wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym*/

2) istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki na studiach wymagających dodatkowego wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym*/

Data kolejnego badania

*) niewłaściwe skreślić. podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie;

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.

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

.....dnia.....
miejscowość