pieczątka jednostki przeprowadzającej badanie

Dnia .....20.....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 2014r. 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, 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 2014r. poz. 1144)

.....

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 pieczątka 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 badania

.....dnia.....

miejscowość

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
Józefa Piłsudskiego w Warszawie
CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
00-968 Warszawa, ul. Marymoncka 34
tel./fax: 22 834-56-16

REGON 000327830

pieczęć placówki dydaktycznej

SKIEROWANIE

Stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. 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, 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 2014r.poz.1144)

I. Kieruję na badanie lekarskie:

.....

imię i nazwisko kandydata / ucznia / studenta / słuchacza

....

data urodzenia numer PESEL

- kandydat do Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

Podyplomowe studia/kursy.....

.....

kierunek kształcenia

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

- zajęcia wymagające dodatkowego wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym

PEŁNOMOCNIK REKTORA
ds. Kształcenia Podyplomowego

..... dnia..... .....

miejscowość, data wystawienia skierowania badanie

pieczątka i podpis kierującego na dr Elżbieta Olszewska