

pieczętka 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 (Dz. U. z 2014r. poz. 1144)

u

.....  
imię i nazwisko

.....  
data urodzenia,

.....  
numer PESEL lub

rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

kandydat\*/uczeń\*

na

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

.....  
nazwa i adres placówki dydaktycznej

.....  
orzeka się o:

1) braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich;\*

.....  
Data następnego badania .....

2) istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich;\*

.....  
\*) niewłaściwe skreślić.

.....  
podpis i pieczętka 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.