……………………………………………………. …………………………………………………

 Pieczęć placówki dydaktycznej Miejscowość, data

**SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE**

Stosownie do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019r., poz.1651 ze zm.)

Kierowana/y na badania jest kandydatem do szkoły ponadpodstawowej:

…………………………………………………………………………………, data urodzenia ……………………………………….

 ( Nazwisko i imię )

PESEL: ………………………………………………. / ……………..……………………………………………………………………………….

 (W przypadku braku numeru PESEL rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość )

Kierunek kształcenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………

W systemie: dziennym stacjonarnym

Informacja o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich:

**(Należy określić i wymienić występujące czynniki: chemiczne, fizyczne i biologiczne, podać wyniki badań środowiskowych, określić uciążliwości, podać czas ekspozycji)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

 ……………………………………………….

 ( Pieczęć i podpis osoby kierującej )

…………………………………………………………..

pieczątka jednostki przeprowadzającej badania

**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 2019r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019r., poz.1651 ze zm.) orzeka się, że:

u …………………………………………………………………………………, data urodzenia ……………………….……………………….

 ( Nazwisko i imię )

PESEL: ………………………………………………. / ……………..……………………………………………………………………………….

 (W przypadku braku numeru PESEL rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość )

Podejmującego praktyczną naukę zawodu w Prywatnej Branżowej Szkole I Stopnia w Łobzie, ul. Armii Krajowej 25, Łobez

na kierunku kształcenia: ……………………………………………………………………………………………

W systemie: dziennym stacjonarnym

1. brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu
2. istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu\*

Data następnego badania lekarskiego: ………………………………..

.................................................

Data, podpis i pieczątka lekarza przeprowadzającego badanie

\*) niewłaściwie skreślić.

**Pouczenie:** Od zaświadczenie 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.