

.....
pieczętka jednostki przeprowadzającej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE/ MEDICAL CERTIFICATE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. 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. 2019 poz. 1651), którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub w trakcie studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia orzeka się, że:

.....
imię i nazwisko/ full name

PESEL/Passport number _ _ _ _ _

.....
data urodzenia/ date of birth

zamieszkały/a w.....

miasto, ulica, nr domu i mieszkania/ full adress

-
- kandydat do szkoły wyższej, *
 - student szkoły wyższej, *
 - uczestnik studiów doktoranckich, *
 - słuchacz kwalifikacyjnych kursów zawodowych, *

w **Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku, Gdańsk, ul. Pelplińska 7, kierunek physiotherapy**

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do:

- podjęcia*/kontynuowania* studiów,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich*.

Data następnego badania

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do:

- podjęcia*/kontynuowania* studiów,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich*.

*) właściwe podkreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

....., dnia r.

POUCZENIE

Osoba badana lub placówka dydaktyczna - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić, w terminie 14 dni od daty otrzymania zaświadczenia lekarskiego, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia 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.