

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażenia na działania czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w występujących w czasie nauki stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych działań (Dz. U. Nr 120, poz. 767) orzeka się, że:

U

.....
(imię i nazwisko)

urodzonego/urodzonej dnia miesiąca roku

zamieszkałego/zamieszkałej w

1. brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia* / kontynuowania* nauki w szkole wyższej.
2. istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia* / kontynuowania* nauki w szkole wyższej.

*niewłaściwe skreślić

....., dnia
(miejsowość)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)