

Pieczęć zakładu opieki
zdrowotnej lub lekarza
praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE/

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 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. z 2019 poz. 1651): orzeka, że:

.....
imię i nazwisko

urodzonego dniamiesiąca..... roku..... PESEL

- kandydata do szkoły wyższej*,
- studenta szkoły wyższej*,
- uczestnika w studiach doktoranckich*.

**Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku ul. K. Górskiego 1, 80-336 Gdańsk
na kierunku:**

- Wychowanie Fizyczne
- Sport
- Turystyka i Rekreacja
- Fizjoterapia
- Terapia Zajęciowa

1. brak przeciwwskazań zdrowotnych do
- podjęcia /kontynuowania* studiów w szkole wyższej,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich*.

2. istnieją przeciwwskazania zdrowotne do
- podjęcia /kontynuowania* studiów w szkole wyższej
- uczestniczenia w studiach doktoranckich*.

*/ Właściwe podkreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

....., dniar.

POUCZENIE

Osoba badana lub placówka dydaktyczna, która nie godzi się z treścią powyższego orzeczenia, może wystąpić w terminie 14 dni od dnia doręczenia zaświadczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego, ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania.