

.....
Pieczęć placówki dydaktycznej

.....
Miejscowość, data

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

stosownie do Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. 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 2019 r. poz. 1651)

Badana osoba jest (właściwe zaznaczyć) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kandydatem do szkoły ponadpodstawowej, | <input type="checkbox"/> pełnoletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy, |
| <input type="checkbox"/> kandydatem do szkoły wyższej, | <input type="checkbox"/> pełnoletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego |
| <input type="checkbox"/> nieletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy, | |
| <input type="checkbox"/> nieletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego, | |
| <input type="checkbox"/> uczniem szkoły ponadpodstawowej, | |
| <input type="checkbox"/> studentem, | |
| <input type="checkbox"/> uczestnikiem studiów doktoranckich. | |

Pan/ Pani: Data urodzenia:
(imię i nazwisko)

PESEL: /
(rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania:.....
.....tel. kontaktowy

Kierunek kształcenia:.....
.....

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

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

.....
(pieczęć i podpis osoby kierującej na badania)