**ORZECZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA STUDENTA**

**POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ**

**UBIEGAJĄCEGO SIĘ O URLOP ZDROWOTNY**

*(Medical Certificate on the Student's Health Status at Wroclaw University of Science and Technology Applying for Medical Leave)*

1. **Dane osobowe studenta – wypełnia student** *(Student's Personal Information – to be filled by the student)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko *(Surname)* | Imię/imiona *(First Name(s))* |
| Data urodzenia *(Date of Birth)* | PESEL *(Personal Identification Number (PESEL))* |
| Wydział (*Faculty)* |
| Kierunek (*Field of Study)* | Nr albumu *Student ID Number* |
| Rok akademicki *(Academic Year)* | Rok studiów *(Year of Studies)* | Semestr zimowy/letni\* (*Winter/Summer Semester\*)* |

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………………………….**miejscowość i data**(Place and Date)* | *…………………………………………………….**czytelny podpis studenta**(Legible signature of the* Student) |

1. **Orzeczenie lekarskie – wypełnia lekarz (***Medical Certificate – to be filled by the doctor)*

|  |
| --- |
| Pieczątka nagłówkowa usługodawcy (*Header Stamp of the Service Provider)* |
| Imię i nazwisko pacjenta*(Patient's Name and Surname)* |
| Data urodzenia *(Date of Birth)* | Miejsce urodzenia*(Place of Birth)* |
| W dniu ……………………………… r. Pacjent zgłosił się w celu otrzymania orzeczenia o stanie zdrowia w związku z ubieganiem się o urlop zdrowotny.W okresie od ……………………………… r. do ……………………………… r. pacjent był/jest\* niezdolny do uczestniczenia w zajęciach przewidzianych planem studiów. Na podstawie dokumentacji medycznej i badania stanu zdrowia Pacjenta udzielenie urlopu zdrowotnego jest uzasadnione/nieuzasadnione\*.Proponowany okres urlopu zdrowotnego od ……………..…………… r. do …………………………… r.(On the day of ………………………………, the Patient applied for a health status assessment related to the application for medical leave. During the period from ……………………………… to ………………………………, the Patient has been/is\* unfit to participate in the classes scheduled in the study plan. Based on medical documentation and the examination of the Patient's health condition, granting medical leave is justified/unjustified\*. Proposed period for medical leave from ……………..…………… to …………………………….) |
| Opinia lekarza w sprawie uczestnictwa w zajęciach. W czasie urlopu student może/nie może\* uczestniczyć zajęciach.*(Physician's opinion regarding participation in classes. During the leave, the student can/cannot\* attend classes.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………………………….*miejscowość i data*(Place and Date)*  | *…………………………………………………….**podpis i pieczątka lekarza**(Doctor’s signature and stamp )* |

\*) niepotrzebne skreślić