

.....
Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Na podstawie badania lekarskiego mającego na celu ocenę zdolności do podjęcia kształcenia, z uwzględnieniem stanu zdrowia oraz zagrożeń występujących w miejscu praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych lub studiów doktoranckich osób badanych, zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 1155), stwierdza się, że:

.....
Imię i nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
Wydział / kierunek

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu*, studiów*, kwalifikacyjnego kursu zawodowego*, studiów doktoranckich*
2. Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia praktycznej nauki zawodu*, studiów*, kwalifikacyjnego kursu zawodowego*, studiów doktoranckich*

* niepotrzebne skreślić

W trakcie studiów na uczelni wyżej wymieniona osoba będzie narażona na działanie następujących substancji szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych:

aceton, amoniak, bezwodnik octowy, chloroform, dwutlenek azotu, fenol, formalina, glikol etylenowy, heksan, kwas octowy, kwas siarkowy, kwas solny, metanol, octan etylu, toluen, wodorotlenek sodu

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

Osobie badanej oraz placówce edukacyjnej przysługuje prawo odwołania od niniejszego zaświadczenia lekarskiego. Odwołanie musi zostać wniesione w formie pisemnej. Odwołanie wraz z uzasadnieniem należy złożyć w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszego zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego dla siedziby placówki edukacyjnej, a w przypadku, gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.