

.....
Pieczęć placówki dydaktycznej

.....
Miejscowość, data

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

Stosownie do Rozporządzenie 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 2014 r. Poz. 1144)

Badana osoba jest (właściwie zaznaczyć) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kandydatem do szkoły ponadgimnazjalnej, | <input type="checkbox"/> pełnoletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy, |
| <input type="checkbox"/> kandydatem do szkoły wyższej, | |
| <input type="checkbox"/> nieletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy, | <input type="checkbox"/> pełnoletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego. |
| <input type="checkbox"/> nieletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego, | |
| <input type="checkbox"/> uczniem szkoły ponadgimnazjalnej, | |
| <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 badanego

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

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

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