………………………………..

Pieczęć

- szkoły ponadgimnazjalnej

- szkoły wyższej

- organizatora kwalifikacyjnych kursów zawodowych

- jednostki uprawnionej do  prowadzenia studiów doktoranckich

**SKIEROWANIE**

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. 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, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. z 2014r. poz. 1144)

I. Kieruję na badania lekarskie

    ..................................................................     ......................... ……………………………………….

       imię i nazwisko                   data urodzenia nr PESEL (jeżeli nie posiada nr PESEL – rodzaj, serię

 i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

   - kandydata do szkoły\*, ucznia szkoły\* ponadgimnazjalnej,

   - kandydata do szkoły wyższej\*, studenta\* na wydziale: ……………………………………………………..

    ………................................................................................................................................................................

 - słuchacza kwalifikacyjnych kursów zawodowych\*

   - uczestnika studiów doktoranckich\*

II. W trakcie:

    - praktycznej nauki zawodu \*,

    - studiów w szkole wyższej\*,

 - kwalifikacyjnych kursów zawodowych\*

    - studiów doktoranckich\*

    Wyżej wymieniony(a) będzie\* jest\* narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

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

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

\*) Właściwe podkreślić

........................., dnia ................... r.

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

                     Pieczęć i podpis osoby kierującej

 na badania lekarskie