

....., dnia r.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego orzeka się, że u:

.....
(imię i nazwisko)

urodzonego

zamieszkałego w

– kandydata do szkoły wyższej*,

– studenta szkoły wyższej*,

w

.....
(nazwa i adres szkoły wyższej)

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do

– **podjęcia studiów/kontynuowania na kierunku***

Data następnego badania

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

– **podjęcia/kontynuowania*** studiów w szkole wyższej

.....

.....

.....

*) Właściwe podkreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badania

Pouczenie

Osoba zainteresowana, otrzymująca zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.