……, dnia ……..…… r.

pieczątka jednostki służby medycyny pracy
przeprowadzającej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, kwalifikacyjnego kursu zawodowego, studiów lub studiów doktoranckich 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 (Dz. U. z 2014r. poz. 1144)
u

……...
imię i nazwisko

…… ……...
data urodzenia (numer PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

kandydata na studia na kierunku **BEZPIECZEŃSTWO WEWNĘTRZNE**
w
WYŻSZEJ SZKOLE BEZPIECZEŃSTWA PUBLICZNEGO I INDYWIDUALNEGO „APEIRON" W KRAKOWIE
orzeka się o:

1) braku przeciwwskazań zdrowotnych do pobierania przez kandydata nauk o bezpieczeństwie na studiach o profilu praktycznym na kierunku:
BEZPIECZEŃSTWO WEWNĘTRZNE*

Data następnego badania: …….

2) istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do pobierania przez kandydata nauk o bezpieczeństwie w Wyższej Szkole Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron" w Krakowie na kierunku:
BEZPIECZEŃSTWO WEWNĘTRZNE*
……
……
……

*) niewłaściwe skreślić

……
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badania

Pouczenie
Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie. Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy