……………………………………………..

Pieczęć placówki dydaktycznej

**S K I E R O W A N I E**

Na podstawie przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe , uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów ( Dz.U.2019.1651) , kieruję na badania lekarskie :

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

Imię i nazwisko

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

Data urodzenia PESEL

- kandydata do szkoły/ na studia \*

- ucznia szkoły/ studenta \*

- uczestnika studiów doktoranckich \*

- kandydata na kwalifikacyjny kurs zawodowy \*

- słuchacza kwalifikacyjnego kursu zawodowego \*

Kierunek kształcenia/ zawód : …………………………………………………………………………………………………

W ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres placówki dydaktycznej

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

Wyżej wymieniony (a) w trakcie :

- praktycznej nauki zawodu \*

- studiów \*

- studiów doktoranckich \*

- kwalifikacyjnego kursu zawodowego \*

Będzie narażony(a) /jest \* narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

\*Niepotrzebne skreślić

……………………………………………. ………………………………………………

Miejscowość , data pieczątka i podpis

kierującego na badania