Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w szkołach wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów ((Dz. U. z 2019, poz. 1651) orzeka się, że:

u ...................................................................................................................................................

imię i nazwisko

urodzonego …………………………………zamieszkałego w ………………………………..

PESEL …………………………………………………….

- kandydata do szkoły wyższej – Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do

- podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej,

kierunku ………………………………………………...

Data następnego badania ..............................................................

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

- podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej,

\*) Właściwe podkreślić.

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

Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

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

POUCZENIE

Osoba zainteresowana otrzymująca orzeczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego orzeczenia - może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania orzeczenia

z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie orzeczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał orzeczenie.