

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i 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. Nr 120, poz.767) niżej wymieniony(a) będzie narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

Kierunek: zarządzanie - nie występują czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne dla zdrowia,  
 Kierunek: pielęgniarstwo - w trakcie praktycznej nauki zawodu niżej wymieniony (a) będzie narażony na kontakt z materiałem biologicznym,  
 Kierunek: położnictwo - w trakcie praktycznej nauki zawodu niżej wymieniony (a) będzie narażony na kontakt z materiałem biologicznym

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....  
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza  
 praktykującego indywidualnie  
 Nr identyfikacyjny REGON

## 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 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i 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. Nr 120, poz.767)

**orzeka się, że:**

u .....  
 ( imię i nazwisko )

urodzonego dnia .....miesiąca .....roku.....zamieszkałego w .....  
 kandydata do szkoły wyższej/ studenta szkoły wyższej - Wyższej Szkoły Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej na kierunek/u .....

1/ brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia\* / kontynuowania\* studiów w szkole wyższej  
 Data następnego badania: .....

2/ istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia\* / kontynuowania\* studiów w szkole wyższej.

\* właściwie podkreślić

.....  
 Pieczęć i podpis lekarza  
 przeprowadzającego badanie

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

## 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.