

Warszawa, dnia.....

.....
(Pieczęć)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. 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, 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. 2014, poz. 1144 z późn. zm.; tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 141.)
I. Kieruję na badania lekarskie

.....
(imię i nazwisko)

.....
[] [] - [] [] - [] [] [] []
data urodzenia dd mm rrrr

.....
PESEL

II. W trakcie studiów w szkole wyższej, wyżej wymieniony(a) będzie narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia: grupy środków chemicznych stosowanych w chemii kosmetycznej, preparaty kosmetyczne, różnorodne środowisko wodno-chemiczne, alergeny, zmiany temperatur, tlenki azotu, promieniowanie laserowe, promieniowanie elektromagnetyczne w tym szczególnie prądy niskiej, średniej i wysokiej częstotliwości, promieniowanie IR, UV, ultradźwięki i inne zagrożenia, które mogą wystąpić dla kierunku Kosmetologia orzeczone przez lekarza.

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu
[Podpis]
.....
Dr Izabela Podgórska
pieczęć i podpis kierującego
na badania 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 miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich, stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 roku 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, 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. 2014, poz. 1144 z późn. zm.; tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 141.)

u
(imię i nazwisko)

urodzonego dnia miesiąca roku

o numerze PESEL:

zamieszkałego w

kandydata do szkoły wyższej, *studenta szkoły wyższej, *uczestnika studiów doktoranckich,* w

.....
nazwa i adres szkoły wyższej * oraz kierunek studiów)

- 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.

*) Właściwe podkreślić.

....., dnia.....

.....
(Pieczęć)

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.