Chodzież, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pieczęć placówki dydaktycznej

**SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE**

Stosownie do 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 i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019 r., poz.1651)

Kierowana osoba jest: (właściwe zaznaczyć)

□ kandydatem do szkoły ponadpodstawowej

□ uczniem szkoły ponadpodstawowej

Pan (i) ………………………………………………………………………………… data urodzenia ……………………………………….

(imię i nazwisko)

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kierunek kształcenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………

W systemie: dziennym stacjonarnym

Informacja o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu

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

……………………………………………….

(pieczątka i podpis osoby kierującej)

**Miejsce badania:**

Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy w Poznaniu Ośrodek w Pile

Al. Wojska Polskiego 49 A, 64-920 Piła tel. 067 212-55-21

Chodzież, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pieczęć placówki dydaktycznej

**SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE**

Stosownie do 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 i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019 r., poz.1651)

Kierowana osoba jest: (właściwe zaznaczyć)

□ kandydatem do szkoły ponadpodstawowej

□ uczniem szkoły ponadpodstawowej

Pan (i) ………………………………………………………………………………… data urodzenia ……………………………………….

(imię i nazwisko)

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kierunek kształcenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………

W systemie: dziennym stacjonarnym

Informacja o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu

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

……………………………………………….

(pieczątka i podpis osoby kierującej)

**Miejsce badania:**

Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy w Poznaniu Ośrodek w Pile

Al. Wojska Polskiego 49 A, 64-920 Piła tel. 067 212-55-21