

.....  
Pieczęć placówki dydaktycznej

## SKIEROWANIE

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.08.2019 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) 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: .....

W .....

.....  
Nazwa i adres placówki dydaktycznej

Wyżej wymieniony(a) w trakcie:

- praktycznej nauki zawodu \*
- studiów \*
- studiów doktoranckich \*
- kwalifikacyjnego kursu zawodowego \*

będzie / jest\* narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

.....  
.....  
.....  
\* Niepotrzebne skreślić

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

.....  
Pieczęć i podpis  
kierującego na badanie