

.....  
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 trakcie praktycznej nauki zawodu, kwalifikacyjnego kursu zawodowego, studiów lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08 maja 2017 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 uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2017 r., poz. 971) orzeka się, że:

U .....  
imię i nazwisko

urodzonego dnia ..... miesiąca ..... roku ..... zamieszkałego w.....  
miasto

.....  
ulica, nr domu i mieszkania

- kandydata do szkoły wyższej, \*
- studenta szkoły wyższej, \*
- uczestnika studiów doktoranckich, \*

w **Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, ul. Bitwy Warszawskiej 1920 nr 18,  
Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek kosmetologia**

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do:

- wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu\*,
- podjęcia\*/ kontynuowania\* studiów,
- uczestniczenia w kwalifikacyjnych kursach zawodowych\*,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich\*.

Data następnego badania .....

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

- wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu\*,
- podjęcia\*/ kontynuowania\* studiów,
- uczestniczenia w kwalifikacyjnych kursach zawodowych\*,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich\*.

\*) właściwe 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.