WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE
02-366 Warszawa
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18
tel. +48 22 562 35 00
tel./fax +48 22 562 35 08
NIP: 529-16-78-903
REGON: 015592523

Warszawa, dnia ……..

(Pieczęć Uczelni zawierająca
pełną nazwę Uczelni,
adres, NIP, REGON)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

Stosowanie do przepisów 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, 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. 2019 r., poz. 1651).

I. Kieruje na badania lekarskie

…… …… ……

(imię i nazwisko) data urodzenia (dd-mm-rrrr) **PESEL/SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI***

II. W trakcie studiów w szkole wyższej, wyżej wymieniany(a) będzie narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia: odczynniki chemiczne organiczne i nieorganiczne stosowane w analizie chemicznej, kontakt z materiałem biologicznym i inne zagrożenia, które mogą wystąpić dla **kierunku Dietetyka** orzeczone przez lekarza.

dr n. chem. Sebastian Grzyb

……REKTOR……

pieczęć i podpis kierującego
na badania lekarskie

*) dotyczy cudzoziemców

……
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 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, 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. 2019 r., poz. 1651).

u ……
(imię i nazwisko)

urodzonego dnia …… miesiąca …… roku ……..

o numerze PESEL ……

zamieszkałego w ……..

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

w **Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r., nr 18**
02-366 Warszawa, kierunek Dietetyka

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

Warszawa, dnia …….. ……
(Pieczęć)

POUCZENIE
Od orzeczenia o istnieniu lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo kształcenia w szkole doktorskiej, osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie w terminie **14 dni od wydania zaświadczenia lekarskiego** do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej lub instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy jeżeli zaświadczenie wydał wojewódzki ośrodek medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał orzeczenie.