..........................................................................

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 czasie studiów w szkołach wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. 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 (Dz. U. 2014, poz. 1144) orzeka się, że:

u ................................................................................................................................................................

imię i nazwisko

urodzonego………………………………… ……..………………………………………………

 dzień/miesiąc/rok PESEL

- **kandydata do szkoły wyższej**\*,

- studenta szkoły wyższej\*,

- uczestnika studiów doktoranckich\*

w **ŚLĄSKIEJ WYŻSZEJ SZKOLE MEDYCZNEJ W KATOWICACH**

**40-085 Katowice, ul. Mickiewicza 29**

**WYDZIAŁ OCHRONY ZDROWIA (KIERUNEK DIETETYKA)**

nazwa i adres szkoły wyższej\* lub jednostki, w której odbywają się studia doktoranckie oraz wydziału (wydziałów)

1. brak przeciwwskazań zdrowotnych do

- podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej,

- uczestniczenia w studiach doktoranckich\*.

Data następnego badania (nauka trwa 3,5 roku) ……………………………………………..

1. istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

- podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej,

- 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 wnieść odwołanie wraz z uzasadnieniem w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku, gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.