

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.08.2019r 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, poz. 1651)

1. kieruję na badania lekarskie:.....
(imię i nazwisko)

zamieszkałego/zamieszkałej
(adres zamieszkania)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

kandydata na KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY o profilu kształcenia:

- Technik mechanizacji rolnictwa i agrotechniki Mechanik operator pojazdów i maszyn rolniczych
 Technik żywienia i usług gastronomicznych Kucharz

2. Wyżej wymieniony w szkole w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/ oraz podczas praktyki zawodowej jest narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

- pozycja wymuszona, praca fizyczna, narażenie na zwiększony hałas, stres, czynniki alergizujące, choroby zakaźne i pasożytnicze, promieniowanie elektromagnetyczne i zagrożenia związane z obsługą komputera, obsługa urządzeń elektromechanicznych.

Swidwin, dnia

ZESPÓŁ SZKÓŁ ROLNICZYCH
CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO
im. Stefana Zeromskiego
78-300 Swidwin, ul. Szczecińska 88
tel. 94 365 25 82, tel./fax 94 365 08 14
NIP 672-11-43-224

DYREKTOR

mgr inż. Daniel Nowak

.....
(pieczęćka i podpis osoby kierującej na badania lekarskie)

Pieczęćka jednostki przeprowadzającej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.08.2019r 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, poz. 1651) stwierdza się:

U.....
(Imię i nazwisko)

Urodzonego dn.:....., zamieszkałego w

kandydata na KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY o kierunku.....

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki
2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia nauki

Data następnego badania :.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

....., dnia:.....