



02-366 Warszawa  
 ul. Bitwy Warszawskiej 1920r. nr 18  
 tel. +48 22 562 35 00  
 tel./fax +48 22 562 35 08  
 rekrutacja@wamt.edu.pl  
 wamt.edu.pl

**WARSZAWSKA AKADEMIA  
 MEDYCZNO-TECHNICZNA**  
 Peczęć Uczelni zawierająca  
 pełną nazwę Uczelni, adres, NIP, REGON

Warszawa, dnia .....

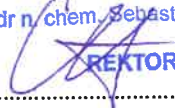
### SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

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).

I. Kieruje na badania lekarskie

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

II. Czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne dla zdrowia, które mogą wystąpić dla kształcenia na kierunku **Programowanie treningowe i strategię żywieniowe w sporcie** orzeczone przez lekarza: **brak**

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 działania 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 (dd-mm-rrrr) .....

o numerze PESEL .....

zamieszkałego w .....

kandydata do szkoły wyższej – kształcenie specjalistyczne

w **Warszawskiej Akademii Medyczno-Technicznej Nauk Stosowanych,**

**ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r., nr 18, 02-366 Warszawa**

kierunek **Programowanie treningowe i strategię żywieniowe w sporcie**

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia / kontynuowania\* kształcenia specjalistycznego w szkole wyższej.

**Data następnego badania** .....

- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia / kontynuowania\* kształcenia specjalistycznego w szkole wyższej

\*) Właściwe podkreślić

.....  
 (miejsceowość, data)

.....  
 (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.