WARSZAWSKA AKADEMIA MEDYCZNO-TECHNICZNA
(Pieczęć Uczelni zawierająca pełną nazwę Uczelni, adres, NIP, REGON)
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

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. W trakcie studiów w szkole wyższej, wyżej wymieniony(a) będzie narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia: środki chemiczne stosowane w kosmetologii, preparaty kosmetyczne, alergeny, zmiany temperatur, promieniowanie laserowe, promieniowanie elekemtromagnetyczne, w tym szczególnie prądy niskiej, średniej i wysokiej częstotliwości, promieniowanie IR, UV, ultradźwięki, czynniki biologiczne, praca wymagająca długotrwałej koncentracji wzrokowo-ruchowej, praca w wymuszonej pozycji i inne zagrożenia, które mogą wystąpić dla kierunku **Podologia** 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 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 / studenta szkoły wyższej / uczestnika studiów doktoranckich*
w **Warszawskiej Akademii Medyczno-Technicznej Nauk Stosowanych,**
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r., nr 18, 02-366 Warszawa
kierunek **Podologia**

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

....
(miejscowość, data) (pieczęć)

POUCZENIE

Od orzeczenia o istnieniu lub braku przeciwskazań 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.