

.....
(pieczęć placówki dydaktycznej)

Dąbrowa Górnicza

SKIEROWANIE

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 roku 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. z 2014 r. poz. 1144)

- I. kieruje się na badania lekarskie, mające na celu ocenę możliwości pobierania nauki, uwzględniając stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów Pana/Panią

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

PESEL.....

☐

kandydat/ka* na studiach w

☐

student/ka* na studia w

**Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej
ul. Cieplaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza
Wydział Nauk Stosowanych
Kierunek studiów: FIZJOTERAPIA**

- II. Informacje o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów:
- podwyższone ryzyko urazów i obrażeń ciała,
 - podwyższone ryzyko uszkodzeń powłok skórnych i alergii
 - zwiększony wysiłek fizyczny,
 - czynniki biologiczne - materiał biologiczny zakaźny
 - czynniki chemiczne o działaniu uczulająco-drażniącym, formalina
 - pole i promieniowanie elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości,
 - pole magnetyczne wysokiej częstotliwości,
 - promieniowanie UV, IR,
 - promieniowanie laserowe, praca przy monitorze ekranowym

PRODZIEKAN
WYDZIAŁ NAUK STOSOWANYCH
Głowacka
dr Paulina Głowacka

.....
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej
kierującej na badanie)

*właściwe zakreślić

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej lub
Lekarza praktykującego indywidualnie,
Numer identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i 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 sierpnia 2014 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, 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. z 2014 r. poz. 1144) orzeka się, że:

Pan/Pani.....urodzony/a
(imię i nazwisko) (dzień – miesiąc – rok)

PESEL.....
zamieszkały/a:.....
.....
(adres zamieszkania)

☐ kandydat/ka

☐ student/ka

**Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej
ul. Cieplaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza
Wydział Nauk Stosowanych
Kierunek studiów: FIZJOTERAPIA**

- 1) nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania praktycznej nauki zawodu, studiów*.
- 2) posiada następujące przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia lub kontynuowania praktycznej nauki zawodu, studiów*:

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

.....
(data następnego badania)

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza prowadzącego badanie)

*właściwe zakreślić

Pouczenie

Osoba zainteresowana otrzymująca zaświadczenie lekarskie – w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia- może wystąpić w terminie 14 dni od dnia doręczenia zaświadczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania.