

.....
Pieczęć Wydziału

S k i e r o w a n i e na badanie lekarskie
Wstępne/Okresowe/Kontrolne*

W oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. 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)

Kieruję Panią/Pana.....

Data urodzenia.....

PESEL**.....

Kandydata na studia/Studenta/Uczestnika studiów doktoranckich* na kierunku
.....w Wydziale

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

W trakcie studiów na ww. kierunku kandydat na studia/student/uczestnik studiów doktoranckich* narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich:

(wpisać **wyłącznie** dane o narażeniu na czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne)

-
-
-
-
-

....., dnia

.....
Pieczęć i podpis kierującego na badanie

*niewłaściwe skreślić

**gdy osoba kierowana na badania nie posiada numeru PESEL, podać rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Miejsce wykonania badań (zgodnie z zawartą umową):