 Łódź, ………………………….…….. r.

………………………….......……...................……..

(pieczęć Wydziału)

**S K I E R O W A N I E**

Na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. *w sprawie badań lekarskich kandydatów   
do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich* (Dz. U. poz. 1144), kieruję na:

**badania lekarskie**

⌧ wstępne / 🞎 okresowe / 🞎 kontrolne\*

**kandydata na studia / studenta / doktoranta**\* **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi:**

Imię i nazwisko: ................................................................................................................................................................................

Data urodzenia: ............................................................................................................ PESEL :......................................................

Numer dowodu tożsamości\*\* ............................................................................................................................................................

Rok studiów**: 1 ROK** Kierunek:  **FIZJOTERAPIA**

Wydział: **NAUK O ZDROWIU**

W trakcie studiów w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi wyżej wymieniony(a) będzie/jest narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

**⌧** *Czynniki fizyczne:*

* Promieniowanie elektromagnetyczne i zagrożenia związane z obsługą komputera.
* Promieniowanie laserowe.
* Promieniowanie jonizujące.
* Promieniowanie ultrafioletowe (UV).
* Podnoszenie i przenoszenie ciężarów.
* Prace wymagające pełnej sprawności psychoruchowej.
* Wysiłek fizyczny.
* Praca w wymuszonej pozycji – obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego.
* Praca w pozycji wymuszonej.
* Drgania mechaniczne i wibracje przenoszone na kończyny górne
* Praca przy monitorze ekranowym i mikroskopie optycznym

**⌧** *Czynniki biologiczne:*

* Czynniki alergizujące (głownie chrom, lateks)
* Kontakt z materiałem biologicznym (krew, osocze, tkanki).
* Zakażenia śródszpitalne.

**⌧** *Czynniki psychofizyczne:*

*-* Obciążenie nerwowo-psychiczne (stres, obciążenie umysłu, przeciążenie lub niedociążenie percepcyjne, obciążenie emocjonalne)

………………………………...........……….....

(data wystawienia skierowania, pieczęć imienna   
i podpis osoby kierującej na badanie)

\* właściwe zaznaczyć

\*\* podać w przypadku, gdy osoba badana nie posiada numer