

**Pieczętka jednostki  
przeprowadzającej  
badanie**

Miejscowość i data

## Zaświadczenie lekarskie

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, kwalifikacyjnego kursu zawodowego, studiów lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia 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. z 2019r. poz.141)

u

**Imię i Nazwisko**

.....  
imię i nazwisko

**Data urodzenia**

.....  
data urodzenia

**Numer PESEL**

.....  
numer PESEL lub rodzaj,  
seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

kandydat\* / **uczeń\***

na

**Kierunek, na który aplikowałeś**

.....  
kierunek praktycznej nauki zawodu lub kształcenia;

**Uniwersytet Medyczny w Łodzi**

.....  
nazwa i adres placówki dydaktycznej

**Kościuszki 4. 90-419 Łódź**

orzeka się o:

1) braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, ~~kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich,\*~~

~~2) istnienia przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich.\*~~

\*) niewłaściwe podkreślić

**Pamiętaj, by lekarz  
skreślił ten punkt**



Data następnego badania ..... **WAŻNE**


Pieczętka i podpis **lekarz**  
**medycyny pracy**

.....  
podpis i pieczętka lekarza przeprowadzającego badanie

### Pouczenie

Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie.

Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy - do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.

 SIERPC Tel/fax 24- 275-64-65; 24- 275-79-01; www.alladruk.pl Zlec. 24344

**Dział Rekrutacji i Kształcenia**

90-647 Łódź | Pl. Gen. J. Hallera 1  
tel. (042) 272 51 77, 272 51 78  
e-mail: rekrutacja@umed.lodz.pl  
rekrutacja-pomoc@umed.lodz.pl  
www.umed.pl