

## SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

Stosownie do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2014r., poz.1144 ze zm.)

Kierowana osoba jest: ( właściwe zaznaczyć )

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> kandydatem do szkoły ponadpodstawowej       | <input type="checkbox"/> pełnoletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy   |
| <input type="checkbox"/> kandydatem do szkoły wyższej                           | <input type="checkbox"/> pełnoletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego |
| <input type="checkbox"/> nieletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy   |   |
| <input type="checkbox"/> nieletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego |   |
| <input type="checkbox"/> uczniem szkoły ponadpodstawowej                        |   |

Pan (i) ..... data urodzenia .....  
( Nazwisko i imię )

PESEL: ..... / .....  
(W przypadku braku numeru PESEL rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość )

Adres zamieszkania : .....  
.....

Kierunek kształcenia: **TECHNIK AWIONIK**

W systemie: dziennym stacjonarnym \* ~~zaocznym~~ \* ~~wieczorowym~~ \*

Informacja o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich:

**czynniki chemiczne**

-substancje chemiczne-nafta i jej pochodne

**czynniki fizyczne**

-hałas

-praca na wysokości

**czynniki biologiczne**

-mikroorganizmy chorobotwórcze

Dyrektor  
Zespołu Szkół Rolniczych i Technicznych

*Artur Walczak-Mortezaci*  
mgr Artur Walczak-Mortezaci

.....  
( Pieczęć i podpis osoby kierującej )

\*niepotrzebne skreślić