

Małopolski Zespół Jednostek Edukacyjnych w Krakowie

ul. Jana Zamojskiego 58, 30-523 Kraków
tel. 12 656 24 81, 12 656 03 15
NIP: 6793245402 REGON: 522727086

pieczęć placówki dydaktycznej

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

Stosownie do przepisów:

- Ustawy z dn. 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2022 poz. 437 z późn. zm.)
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. 2019 poz. 1651 z późn. zm.)

I. Kieruję na badania lekarskie:

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia, numer PESEL (w przypadku posiadania) lub rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku nieposiadania numeru PESEL)

- kandydata do szkoły ponadpodstawowej:
Krakowska Medyczna Szkoła Policealna im. St. Leszczyńskiej nr 1 w Krakowie (w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Krakowie)
- ~~kandydata na kwalifikacyjny kurs zawodowy, słuchacza kwalifikacyjnego kursu zawodowego*~~ kandydata do szkoły wyższej,
- ~~studenta na wydziale (wydziałach)*~~.....
- ~~uczestnika studiów doktoranckich*~~

II. W trakcie:

- praktycznej nauki zawodu w szkole ponadpodstawowej*:
- ~~kwalifikacyjnego kursu zawodowego*~~
- ~~studiów w szkole wyższej*~~
- ~~studiów doktoranckich*~~

HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA (2-letni okres nauczania)

kierunek kształcenia

Wyżej wymieniony(a) jest narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

- praca stojąca
- kontakt z lekami, środkami odkażającymi, drażniącymi
- kontakt z krwią (narażenie na czynniki biologiczne)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karny (Dz. U. 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) oświadczam, że wszelkie informacje zawarte w niniejszym skierowaniu są zgodne z prawdą co poświadczam własnoręcznym podpisem.

.....
Data wystawienia skierowania

.....
pieczęćka i podpis kierującego na badanie

DYREKTOR
mgr Barbara Piwowarczyk

* niewłaściwe skreślić