Załącznik nr 3 do Zarządzenia Rektora
 UMP nr 65/21 z dnia 19 maja 2021 roku

……………………………………

oznaczenie podmiotu przeprowadzającego

badanie lekarskie

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

**DO CELÓW SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNYCH**

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie art. 6 ust.1 pkt 4, ust.2 pkt 2 i art. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j.Dz.U.2020.1845 z późn.zm.)

**stwierdzam, że:**

Pan(i)……………………………………………………………………………………………………...

imię i nazwisko

numer PESEL\*\* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

zamieszkały (a) …………………………………………………………………………………………..

miejsce pracy/nauki……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………
(nazwa i adres)

stanowisko………………………………………………………………………………………………..

**1) wobec braku przeciwskazań zdrowotnych jest zdolny(a)** \* do podjęcia i wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby\*

Termin następnego badania: \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ \_ \_ r\*

**2) wobec stwierdzonych przeciwskazań jest niezdolny (a)\*** do podjęcia i wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby\*

a) trwale\*

b) czasowo\*

Termin następnego badania: \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ \_ \_ r\*

 ……………………………………

 podpis i pieczątka lekarza

 przeprowadzającego badanie

............................, dnia ................................... r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL- serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość