Załącznik nr 4 do Zarządzenia Rektora   
 UMP nr 65/21 z dnia 19 maja 2021 roku

oznaczenie jednostki medycyny pracy

przeprowadzającej badanie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego mającego na celu ocenę możliwości pobierania nauki, uwzględniającą stan zdrowia osób badanych i zagrożenia występujące w miejscu wykonywania i odbywania praktycznej nauki zawodu lub stażu uczniowskiego, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo kształcenia w szkole doktorskiej, stosownie do przepisów art. 5 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. 2019 r. 1175 z późn. zmianami)

orzeka się, że:

u ....................................................................................................................................................

/imię (imiona) i nazwisko/

urodzonego(ej) dnia ..................................................................................................................................

nr PESEL, a w przypadku osoby, która nie posiada nr PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość ………………………………………………………………..

podejmującego/kontynuującego\*, praktyczną naukę zawodu\*, studia\*, kwalifikacyjny kurs zawodowy\*kształcenie w szkole doktorskiej\*

w …………………………………………………………………………………………….

/nazwa i adres placówki dydaktycznej/

…………………………………………………………………………………………………………

/zakres praktycznej nauki zawodu albo kształcenia/

1) brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i odbywania praktycznej nauki zawodu\*, studiów\*, kwalifikacyjnego kursu zawodowego\*, kształcenia w szkole doktorskiej\*

Data następnego badania lekarskiego ........................................

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania i odbywania praktycznej nauki zawodu\*, studiów\*, kwalifikacyjnego kursu zawodowego\*, kształcenia w szkole doktorskiej\*

\*) właściwe zaznaczyć

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

..........................................................................

podpis oraz pieczątka lub nadruk zawierające   
 imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania

zawodu 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. W przypadku gdy zaświadczenie lekarskie wydał lekarz kolejowego ośrodka medycyny pracy, odwołanie od zaświadczenia lekarskiego składa się, za jego pośrednictwem, do Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej.