

Zaświadczenie lekarskie

1. oznaczenie jednostki służby medycyny pracy
nazwę (firmę), adres, NIP, REGON

Data wydaia.....

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

2. imię (imiona) i nazwisko osoby badanej.....,
datę urodzenia i numer PESEL osoby badanej.....

3. Zakres praktycznej nauki zawodu: **Technik usług kosmetycznych, Technik Sterylizacji Medycznej, Technik Masażysta, Florysta, Opiekun Medyczny***.

**Niepotrzebne skreślić*

4. Nazwa i adres placówki dydaktycznej, która wydała skierowanie na badania lekarskie:
Akademia MSP Ochrony Zdrowia i Urody Szkoła Policealna ul. Targowa 9 66-400 Gorzów Wlkp.

5. Orzeczenie o istnieniu lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i odbywania praktycznej nauki zawodu:

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

6. Data następnego badania lekarskiego wynikającą z przepisów wydanych na podstawie art. 229 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;

.....
.....

7. imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza
Wraz z podpisem:

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

Pouczenie:

Osoba badana ma prawo wnieść odwołanie od orzeczenia lekarskiego w ciągu 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.