

pieczęć placówki dydaktycznej

## SKIEROWANIE

Stosownie do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2010r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. Nr 155, poz. 1045), kieruję na badanie lekarskie:

.....  
(imię i nazwisko)

data urodzenia: ..... PESEL: .....

- kandydata do szkoły/na studia\*
- ucznia szkoły/studenta
- uczestnika studiów doktoranckich\*

Kierunek kształcenia:        **TECHNIKUM HANDLOWE**

w    **ZESPOLE SZKÓŁ ZAWODOWYCH W BRODNICY**  
(nazwa i adres placówki dydaktycznej)

Wyżej wymieniony (-a) w trakcie:

- praktycznej nauki zawodu\*
- studiów\*
- studiów doktoranckich\*

będzie/jest\* narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

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

.....  
Pieczęć i podpis kierującego na badania

Brodnica., dnia ..... r.

\*) niepotrzebne skreślić

pieczęć placówki dydaktycznej

## SKIEROWANIE

Stosownie do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2010r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. Nr 155, poz. 1045), kieruję na badanie lekarskie:

.....  
(imię i nazwisko)

data urodzenia: ..... PESEL: .....

- kandydata do szkoły/na studia\*
- ucznia szkoły/studenta
- uczestnika studiów doktoranckich\*

Kierunek kształcenia:        **TECHNIKUM HANDLOWE**

w .....**ZESPOLE SZKÓŁ ZAWODOWYCH W BRODNICY**  
(nazwa i adres placówki dydaktycznej)

Wyżej wymieniony (-a) w trakcie:

- praktycznej nauki zawodu\*
- studiów\*
- studiów doktoranckich\*

będzie/jest\* narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

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

.....  
Pieczęć i podpis kierującego na badania

Brodnica., dnia ..... r.

\*) niepotrzebne skreślić