……………………………………………………… Żyrardów, dnia…….………………………
 (pieczęć placówki dydaktycznej )

**S K I E R O W A N I E**

 Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2014 r. poz. 1144)

I. kieruje się na badania lekarskie, mające na celu ocenę możliwości pobierania nauki, uwzględniając stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów Pana/Panią

………….…………………………… ………………………………………

 (imię i nazwisko) (data urodzenia)

PESEL…….…………..……………….…………………...

**kandydat/ka\* na studiach w student/ka\* na studia w**

**Collegium Masoviense Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu**

**Ul. G. Narutowicza 35; 96-300 Żyrardów**

**Wydział Medyczny**

**Kierunek studiów: ………………………………..**

II. Informacje o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów:

- odczynniki chemiczne, w tym: głównie formaldehyd i rozpuszczalniki organiczne,

- czynniki alergizujące (głównie chrom, lateks)

- choroby wirusowe (głównie wirusowe zapalenie wątroby typu A),

- zakażenia przenoszone drogą krwi (WZW typu B i C, HIV),

- choroby zakaźne i pasożytnicze,

- promieniowanie jonizujące (głównie X)

- promieniowanie elektromagnetyczne i zagrożenia związane z obsługą komputera,

- zagrożenia wynikające ze stałego dużego dopływu informacji,

- narażenie na czynniki psychospołeczne - stres

 ………………………………………………………………..

 (Pieczątka i podpis osoby upoważnionej
 kierującej na badanie)

\*właściwe zakreślić

 **Collegium Masoviense**

 **Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu**

 **Ul. G. Narutowicza 35; 96-300 Żyrardów**

……………………………………………………………

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej lub

Lekarza praktykującego indywidualnie,
Numer indentyfikacyjny REGON)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

 W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu stosownie do przepisów *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań ((Dz. U. z 2014 r. poz. 1144)*  orzeka się, że:

Pan/Pani………………………………………………………………urodzony/a …………………………..…

 (imię i nazwisko) (dzień – miesiąc – rok)

PESEL…….…………..……………….………….. zamieszkały/a:…………………..………………..…..……………………………………………...……………

………………………………………….……………..…………………..…………………………..…………..

(adres zamieszkania)

**kandydat/ka student/ka**

**Collegium Masoviense Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu**

**Ul. G. Narutowicza 35; 96-300 Żyrardów**

**Kierunek studiów : …………………….**

1)     nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania praktycznej nauki zawodu, studiów\*.

2)     posiada następujące przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia lub kontynuowania praktycznej nauki zawodu, studiów\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………(data następnego badania)…………………………………… (miejscowość, data)  |  …………………………………….……… (pieczęć i podpis lekarza prowadzącego badanie)  |

\*właściwe zakreślić

Pouczenie

Osoba zainteresowana otrzymująca zaświadczenie lekarskie – w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia- może wystąpić w terminie 14 dni od dnia doręczenia zaświadczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania.