

**Akademia Nauk Społecznych i Medycznych
w Lublinie**

Akademia Nauk Stosowanych

20-102 Lublin, ul. Zamojska 47
☎ +48 668 877 454, 🌐 www.ansim.pl
NIP 712-26-52-701, REGON 432266019

(pieczęć placówki dydaktycznej)



**Akademia
Nauk Społecznych
i Medycznych
w Lublinie**

Akademia Nauk Stosowanych

SKIEROWANIE NA BADANIA PROFILAKTYCZNE

DO WOMP CP-L w Lublinie

Filia Nr 1, ul. Nałęczowska 27, 20-701 Lublin

Filia, ul. Nowy Świat 38, 20-418 Lublin

Stosownie do przepisów:

- ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2022 r., poz. 437 z późn. zm.)
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019, poz. 1651).

I. Kieruję na badania lekarskie

.....

(imię i nazwisko) (data urodzenia)

PESEL

(w przypadku braku numer PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

- kandydata*, ucznia* szkoły ponadpodstawowej
- kandydata*/słuchacza* kwalifikacyjnych kursów zawodowych (badanie bezpłatne do 18 r. ż.)
- kandydata do szkoły wyższej*, studenta*
- doktoranta

Studia I stopnia RATOWNICTWO MEDYCZNE

(kierunek kształcenia)

II. W trakcie:

- praktycznej nauki zawodu *
- studiów *
- kwalifikacyjnych kursów zawodowych*
- kształcenia w szkole doktorskiej*

wyżej wymieniony/a będzie* jest* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/stażu uczniowskiego, studiów, kursów zawodowych lub studiów doktoranckich:

- kontakt z materiałem biologicznym, z czynnikami o działaniu uczulająco-drażniącym,
- oddziaływanie czynników fizycznych (promieniowanie),
- kontakt z chorym,
- dźwiganie ciężarów,
- stres.

* właściwe podkreślić

KANCLERZ
Akademii Nauk Społecznych i Medycznych
w Lublinie
Akademii Nauk Stosowanych

Amadeusz Żerel

Lublin, dnia.....

(pieczęć i podpis kierującego na badania lekarskie)