

SKIEROWANIE

stosownie do przepisów 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, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1651)

I. Kieruję na badanie lekarskie: (właściwe zaznaczyć)

imię i nazwisko kandydata / ucznia / studenta / słuchacza

.....
data urodzenia

.....
numer PESEL

II. Skierowana osoba jest — właściwe zaznaczyć

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> kandydatem do szkoły ponadpodstawowej | <input type="radio"/> doktorant |
| <input type="radio"/> uczniem szkoły ponadpodstawowej | <input type="radio"/> pełnoletnim słuchaczem na |
| <input type="radio"/> kandydatem do szkoły wyższej | kwalifikacyjny kurs zawodowy* |
| <input type="radio"/> nieletnim kandydatem na kwalifikacyjny | <input type="radio"/> przygotowanie do uzyskania |
| kurs zawodowy | umiejętności kierowania pojazdem |
| <input type="radio"/> studentem | silnikowym kat A,B |
| <input type="radio"/> pełnoletnim kandydatem na | <input type="radio"/> przygotowanie do uzyskania umiejętności |
| kwalifikacyjny kurs zawodowy* | kierowania pojazdem silnikowym kat C,D |
| <input type="radio"/> nieletnim słuchaczem na | |
| kwalifikacyjny kurs zawodowy | |

*Badanie płatne - art. 21 a ustawy z dnia 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. z 2019 poz. 1175).

.....**technik żywienia i usług gastronomicznych**.....

zakres praktycznej nauki zawodu albo kształcenia

III. W trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu w/w będzie narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.

1. Praca w kontakcie z czynnikami zaliczanymi do alergenów (pyły, konserwanty)
2. Praca przy nieosłoniętych maszynach w ruchu i ostrych narzędziach
3. Prace załadunkowe, wyładawkowe, dźwiganie ciężarów
4. W trakcie nauki zawodu w/w będzie miał kontakt z żywnością

SEKRETARIAT SZKOŁY

Mazurek
mgr Katarzyna Mazurek

....., dnia,
miejsowość, data wystawienia skierowania

.....
*pieczętka i podpis kierującego
na badanie lekarskie*