

Zespół Szkół im. H. Cegielskiego

64-610 Rogoźno
ul. Wojska Polskiego 1
tel./fax 67 261 80 96
NIP: 766-17-68-960

Pieczęć placówki dydaktycznej

Rogoźno, dnia

Miejscowość, data

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

Stosownie do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2019 r., poz.141 ze zm.)

Kierowana osoba jest: (właściwe zaznaczyć)

- kandydatem do szkoły ponadpodstawowej
- kandydatem do szkoły wyższej
- nieletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy
- nieletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego
- uczniem szkoły ponadgimnazjalnej
- studentem
- uczestnikiem studiów doktoranckich
- pełnoletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy
- pełnoletnim słuchaczem kwalifikacyjnego kursu zawodowego

Pan (i) data urodzenia

(Nazwisko i imię)

PESEL: /

(W przypadku braku numeru PESEL rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania :

Kierunek kształcenia: **Branżowa Szkoła I stopnia – zawód: 343203 Florysta**

W systemie: dziennym stacjonarnym* ~~zaocznym*~~ ~~wieczorowym*~~

Informacja o czynnikach szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich:

Czynniki: *wibracje, substancje chemiczne, biologiczne, pyły, prąd elektryczny, promieniowanie elektromagnetyczne niejonizujące, hałas o małym natężeniu, nieodpowiednie oświetlenie, oślnienia, substancje specyficzne dla komputerowego stanowiska pracy m.in. związki zawarte w tonerach drukarek, ozon i tlenki azotu emitowane przez drukarki laserowe, intensywna praca wzrokowa, wykonywanie czynności powtarzalnych, nieprawidłowa pozycja ciała w czasie pracy, wymuszona pozycja ciała.*

Czas ekspozycji: *trzyletni okres nauki w technikum*

DYREKTOR SZKOŁY ①

mgr inż. Jarosław Łatka
.....
(Pieczęć i podpis osoby kierującej)

*niepotrzebne skreślić