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

oznaczenie placówki dydaktycznej

SKIEROWANIE

stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019r. 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 2019r.,poz.1651) i działając na podstawie art. 75 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 622 z późn. zm.)

# Kieruję na badanie lekarskie: ( właściwe zaznaczyć)

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

imię i nazwisko kandydata / słuchacza

..………………………… ……..………….…………………………………….

data urodzenia numer PESEL

# Skierowana osoba jest – właściwe zaznaczyć

□ nieletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy

* + pełnoletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy\*
	+ nieletnim słuchaczem na kwalifikacyjny kurs zawodowy
	+ pełnoletnim słuchaczem na kwalifikacyjny kurs zawodowy\*
	+ przygotowanie do uzyskania umiejętności kierowania pojazdem silnikowym kat A,B,T\*

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

**prowadzenie produkcji rolniczej**

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

zakres praktycznej nauki zawodu albo kształcenia

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

- praca w zmiennych warunkach atmosferycznych, chłodniach, magazynach i przechowalniach,

- kontakt z czynnikami alergizującymi: pyłki roślin, sierść zwierząt,

- praca na wysokości do 3m.

....................................., dnia.......................... ................................................................

miejscowość, data wystawienia skierowania pieczątka i podpis kierującego na badanie lekarskie