

Pieczętka Uczelni

Katowice, data.....

SKIEROWANIE

Na podstawie art. 5 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 437 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 1 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 r., poz. 1651) niniejszym:

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

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
PESEL

.....
w przypadku braku numeru PESEL - rodzaj, numer, seria
i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

- kandydata na studia Akademii Górnośląskiej im. Wojciecha Korfantego w Katowicach
 studenta Akademii Górnośląskiej im. Wojciecha Korfantego w Katowicach

kierunek: **Fizjoterapia**

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

- podwyższone ryzyko przeciążeń i urazów oraz obrażeń ciała,
- podwyższone ryzyko uszkodzeń i zmian chorobowych powłok skórnych i alergii,
- zwiększony wysiłek fizyczny,
- choroby wirusowe (głównie wirusowe zapalenie wątroby typu A)
- pole i promieniowanie elektromagnetyczne małej i wielkiej częstotliwości,
- promieniowanie UV, laserowe.

AKADEMIA GÓRNOŚLĄSKA
Im. Wojciecha Korfantego w Katowicach
DZIEKAN ds. STUDENCKICH

mgr Sylwia Jankowska

.....
Pieczętka i podpis osoby upoważnionej
kierującej na badanie

Pieczętka Uczelni

Katowice; data.....

**SKIEROWANIE
NA BADANIA SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNE**

Na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. 4 oraz ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.), niniejszym kieruję na obowiązkowe badania sanitarno-epidemiologiczne Pana/Panią:

.....

imię i nazwisko

.....

data urodzenia

.....

PESEL

.....

w przypadku braku numeru PESEL - rodzaj, numer, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Kandydata/studenta na studia w Akademii Górnośląskiej im. Wojciecha Korfańtego w Katowicach:

kierunek: **Fizjoterapia / Kosmetologia / Pielęgniarstwo**¹, stopień:

który w trakcie studiów na w/w kierunku będzie kształcił się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość zakażenia się, przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby.

AKADEMIA GÓRNOŚLĄSKA
Im. Wojciecha Korfańtego w Katowicach
DZIEKAN ds. STUDENCKICH

mer Szwiańska

.....

Pieczętka i podpis

osoby upoważnionej kierującej na badanie

¹ niewłaściwe skreślić.

.....
 Pieczętka Placówki medycznej
 lub Indywidualnej Praktyki Lekarskiej

....., dnia

.....
 miejscowość i data wydania zaświadczenia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W związku ze skierowaniem Uczelni z dnia oraz w wyniku badania lekarskiego mającego na celu ocenę możliwości pobierania nauki, uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu lub studiów osoby badanej, 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 tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz.U. z 2019 r., poz. 1651), **orzekam** w sprawie:

Pana/Pani

urodzonego(ej) dnia miesiąca roku PESEL

- kandydata na studia
 studenta

skierowanego na badania przez Akademię Górnośląską im. Wojciecha Korfanteo w Katowicach,

adres: ul. Harcerzy Września 1939 nr 3, 40-659 Katowice

kierunek studiów: **Fizjoterapia /Kosmetologia/Pielęgniarstwo¹**

stopień:

o istnieniu / braku¹ przeciwwskazań zdrowotnych do:

- podjęcia wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów
 kontynuowania wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów

Data następnego badania okresowego:

.....
 Pieczętka i podpis lekarza
 przeprowadzającego badanie

POUCZENIE

Osoba badana lub placówka dydaktyczna - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić, w terminie 14 dni od daty otrzymania zaświadczenia lekarskiego, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy - do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.

¹ Niewłaściwe skreślić

.....

....., dnia

Pieczętka Placówki Medycznej
lub Indywidualnej Praktyki Lekarskiej

data wydania zaświadczenia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE w sprawie badań sanitarno-epidemiologicznych

Na podstawie art. 7 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.) oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy oraz w wyniku przeprowadzonego badania sanitarno-epidemiologicznego **orzekam** w sprawie:

Pana/Pani

urodzonego(ej) dnia miesiąca roku PESEL

w przypadku braku numeru PESEL rodzaj, numer, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

kandydata/studenta na studia w Akademii Górnośląskiej im. Wojciecha Korfańskiego w Katowicach,
adres: ul. Harcerzy Września 1939 nr 3, 40-659 Katowice,

kierunek: **Fizjoterapia / Kosmetologia/Pielęgniarstwo¹**

stopień:

- o braku przeciwwskazań
- o czasowym przeciwwskazaniu tj. na okres
- o trwałym przeciwwskazaniu

do odbywania nauki, w trakcie której wyżej wymieniony(a) będzie narażony(a) na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.

Data następnego badania:

.....
Pieczętka i podpis
lekarza przeprowadzającego badanie

POUCZENIE:

Osoba badana lub placówka dydaktyczna - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić, w terminie 14 dni od daty otrzymania zaświadczenia lekarskiego, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy - do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.

¹ Niewłaściwe skreślić