

.....

**Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej**  
lub lekarza praktykującego indywidualnie  
NIP  
REGON

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w szkołach wyższych 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, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. 2019 r. poz. 1651) orzeka się, że:

u .....  
*imię (imiona) i nazwisko*

urodzonego/ej dnia ..... roku PESEL<sup>1</sup> .....

- kandydata/cki do szkoły wyższej\*
- studenta/cki szkoły wyższej\*

w Akademii Sztuk Pięknych im. Jana Matejki w Krakowie, pl. Matejki 13, 31-157 Kraków

na kierunku .....

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do  
– podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej

**Data następnego badania:** .....

- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do  
– podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej

*\*właściwe podkreślić*

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badanie

....., dnia ..... r.

### **POUCZENIE**

Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie. Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie, 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.

---

<sup>1</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.