

.....  
Pieczęć jednostki organizacyjnej służby medycyny pracy  
(statystyczny numer identyfikacyjny REGON)  
Печатка медичного закладу  
(ідентифікаційний код)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE Z BADANIA PRZEPROWADZONEGO DO CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**  
**МЕДИЧНА ДОВІДКА ЛІКАРСЬКОГО ВИСНОВКУ ОБСТЕЖЕНЬ САНИТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ЗАКЛАДУ**

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego, do celów sanitarno epidemiologicznych (Dz. U. 2008 Nr 234, poz. 1570), stwierdzono, że:

На підставі медичного огляду, у санітарно-епідеміологічному закладі (Щоденник Законів 2008 № 234, пункт 1570), засвідчується, що:

Pan(i)/Пан(і): .....

*nazwisko, imię, imię ojca/przyvisce, im'я, по батькові*

*nr PESEL / ідентифікаційний код ІНН*

zamieszkały(a) w /zarejestrowany(a):

.....  
rozpoczynający/a naukę na studiach wyższych w: **Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, 30-705 Kraków, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1,**  
абітурієнтів, які поступають на навчання до вищого учбового закладу: **Краківська Академія ім. Андржея Фрича Моджевського, 30-705 Краків, вул. Густава Герлінга Грудзінського 1.**

kierunek, specjalizacja (stosownie podkreślić)/напрямок підготовки, спеціалізації (відповідне підкреслити): **kierunek lekarski - лікувальна справа, ratownictwo medyczne - медична допомога, pielęgniarstwo - сестринська справа, fizjoterapia - фізіотерапія, kosmetologia - косметологія, dietetyka - дієтологія.**

1) Wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych **jest zdolny/a** do podjęcia nauki na studiach wyższych, gdzie istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

При відсутності протипоказань що до стану здоров'я / підкреслити /: здатний(а) до навчання у вищому учбовому закладі на факультеті де виступає ризик передачі інфекційного зараження інших осіб.

Termin następnego badania / Дата наступного медичного огляду: .....

2) Wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych **niezdolny** do podjęcia nauki na studiach wyższych, gdzie istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

При наявності медичних протипоказань що до стану здоров'я / підкреслити /: **нездатного(ї)** до навчання у вищому учбовому закладі на факультеті де виступає ризик передачі інфекційного зараження інших осіб\*.

\* 1) trwale / постійно

\* 2) czasowo na okres / тимчасово до .....

Termin następnego badania /Дата наступного медичного огляду: .....

.....  
*miejsowość, data /місцевість, дата*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza /печатка і підпис лікаря*

\* niepotrzebne skreślić/ \* непотрібне перекреслити

**Uwaga:** wypełnić w języku ukraińskim / заповнити на українській мові