

.....  
Pieczęć placówki dydaktycznej

## SKIEROWANIE

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 uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2019 r., poz.1651), kieruję na badanie lekarskie:

.....  
Nazwisko i imię

data urodzenia: ..... PESEL: .....

- **kandydata na kwalifikacyjny kurs zawodowy\***  
—słuchacza kwalifikacyjnego kursu zawodowego\*

kierunek kształcenia: **mechanik - monter maszyn i urządzeń**

w *Bytomskim Ośrodku Edukacji - Centrum Kształcenia Zawodowego*  
w Bytomiu ul. Żeromskiego 42

.....  
Nazwa i adres placówki dydaktycznej

Wyżej wymieniony(a) w trakcie:

- **kwalifikacyjnego kursu zawodowego \***

będzie/jest\* narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

nadmierny hałas i drgania związane z pracą maszyn do obróbki, urazy w wyniku podnoszenia i przenoszenia ciężarów, upadek i przygniecenia, poślizgnięcia, możliwość urazów na skutek wciągnięcia, uderzenia obracających się elementów maszyn, urazy ostrymi narzędziami, uszkodzenia wzroku, narażenie na zmienną temperaturę i wilgotność powietrza, porażenia prądem elektrycznym, wymuszona pozycja ciała.

\* Niepotrzebne skreślić

**Kandydat/Słuchacz wykonuje badania na własny koszt**

Bytom, dnia 08-06-2020

**WICEDYREKTOR**  
Bytomskiego Ośrodka Edukacji  
w Bytomiu  
  
mgr **Monika Skorus**

.....  
Pieczęć i podpis  
kierującego na badanie