

.....
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: **stolarz**

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 zapylenie, 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, zaprószenie oczu, narażenie na zmienną temperaturę i wilgotność powietrza, narażenie na czynniki chemiczne, pyły i czynniki biologiczne, możliwość poparzenia, choroby o podłożu alergicznym, porażenia prądem elektrycznym, praca na wysokości, wymuszona pozycja ciała.

* Niepotrzebne skreślić

Kandydat/Słuchacz wykonuje badania na własny koszt

Bytom, dnia 08-06-2020

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

.....
Pieczęć i podpis
kierującego na badanie