

## ZAŁĄCZNIK NR 6

Akademia Wychowania Fizycznego  
Im. Bronisława Czecha w Krakowie  
31-571 Kraków Al. Jana Pawła II 78  
NIP Uczelni: 675-000-19-52  
Regon Uczelni: 000327847  
*Pieczęć uczelni Adres/NIP/REGON*

Załącznik nr do umowy nr.....  
z dnia.....

### SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

Stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019r., 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 30 sierpnia 2019 Poz. 1651) kieruję na badania lekarskie

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
data urodzenia

.....  
PESEL

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

#### **kandydat/a (ki) na studia w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie na Wydziale Rehabilitacji Ruchowej**

W trakcie studiów w szkole wyższej na kierunku **Terapia Zajęciowa I / II\* stopnia** wyżej wymieniony(a) będzie

1. uczestniczył(ła):
  - w zajęciach **wymagających sprawności fizycznej**;
  - w zajęciach klinicznych i praktykach zawodowych, realizowanych w podmiotach leczniczych, w ramach kształcenia terapeutów zajęciowych, **gdzie wymagana jest wzrokowa, słuchowa i palpacyjna ocena pacjenta/klienta.**
2. narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:
  - **czynniki fizyczne:** praca w wymuszonej pozycji ciała, dźwiganie, przeciążenia, obciążenie wysiłkiem fizycznym
  - **czynniki biologiczne:** czynniki alergizujące (lateks); czynniki biologiczne – materiał biologiczny zakaźny przekazywany drogą kropelkową
  - **czynniki chemiczne:** środki dezynfekujące powierzchnie oraz skórę.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj. Dz. U. 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym skierowaniu są zgodne z prawdą co poświadczam własnoręcznym podpisem

Data wystawienia skierowania

*pieczęć lub imię i nazwisko osoby kierującej na badanie  
lekarskie oraz własnoręczny podpis*

*\*niewłaściwe skreślić*