

.....
(pieczęć placówki medycznej)

....., dnia:.....
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

Działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14. września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (DZ. U. z 2023 r. poz. 2061 z późn. zm.)

Dane ucznia:

1. Imię i nazwisko.....

2. Data urodzenia.....

3. Miejsce zamieszkania.....

4. Kształci się w zawodzie.....

5. Lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszego kształcenia w zawodzie,
w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)