

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

.....
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO KSZTAŁCENIA W OKREŚLONYM ZAWODZIE**

.....
Nazwisko i imię

.....
data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Może podjąć kształcenie, prace w dowolnym typie szkoły w dowolnym zawodzie.

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

2. Przeciwwskazana praca w zawodzie:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza