



.....
(pieczęć uczelni)

Łódź, dnia

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi
ul. Aleksandrowska 61/63, 91-205 Łódź

W celu umówienia badań prosimy o wcześniejszy kontakt pod nr tel.: 797 846 818, 42 27 21 810

Kieruję studenta.....data ur.

Kierunek studiów.....nr albumu

w sprawie wydania opinii dotyczącej wskazań do udzielenia urlopu od zajęć z przyczyn zdrowotnych

w semestrze/roku.....w roku akademickim.....

na podstawie art. 85 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 574 ze zm.)

.....
podpis i pieczęć Dziekana

.....
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

Łódź, dn.

Opinia lekarska nr.....

do wniosku o urlop od zajęć z przyczyn zdrowotnych na podstawie art. 85 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 574 ze zm.)

W wyniku badania lekarskiego i dokumentacji chorobowej poświadczą się, że:

Pan/Pani.....data ur.

Wydział.....

Kierunek studiów.....nr albumu.....

- 1) posiada wskazania zdrowotne do urlopu w semestrze/roku
w roku akademickim.*
- 2) brak wskazań zdrowotnych do urlopu w semestrze/roku
w roku akademickim*

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza