

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego kandydata na kurs operatora:

.....

.....

/specjalność/

Imię i nazwisko kandydata

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do odbycia kursu zawodowego i egzaminu
praktycznego przed Komisją Egzaminacyjną w/w specjalności.**

Zaświadczenie lekarskie zachowuje ważność do dnia

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza