|  |  |
| --- | --- |
| **Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Nauczycieli w Mielcu** | |
|  | 39-300 Mielec, ul. Wojska Polskiego 2B  tel.: 17 788 51 94 fax: 17 788 51 95  e-mail: ckp@ckp.edu.pl www.ckp.edu.pl |
|  | |

Mielec, ………….

**Skierowanie**

Na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich zwracamy się z prośbą o wykonanie badania kandydata do udziału w Kwalifikacyjnym Kursie Zawodowym *………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………*

Imię i nazwisko ………………………………………..

adres ………………………………………..……………..

nr pesel ………..………………….………

Badania przeprowadza się w celu stwierdzenia przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania zajęć praktycznych i nauki w danej kwalifikacji.

Zainteresowany sam ponosi opłatę za badania.