**ORZECZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA STUDENTA**

**POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ**

**UBIEGAJĄCEGO SIĘ O URLOP ZDROWOTNY**

1. **Dane osobowe studenta – wypełnia student**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | | Imię/imiona | |
| Data urodzenia | | PESEL | |
| Wydział | | | |
| Kierunek | | | Nr albumu |
| Rok akademicki | Rok studiów | | Semestr zimowy/letni\* |

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………………………….*  *miejscowość i data* | *…………………………………………………….*  *czytelny podpis studenta* |

1. **Orzeczenie lekarskie – wypełnia lekarz**

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczątka nagłówkowa usługodawcy | |
| Imię i nazwisko pacjenta | |
| Data urodzenia | Miejsce urodzenia |
| W dniu ……………………………… r. Pacjent zgłosił się w celu otrzymania orzeczenia o stanie zdrowia w związku z ubieganiem się o urlop zdrowotny.  W okresie od ……………………………… r. do ……………………………… r. pacjent był/jest\* niezdolny do uczestniczenia w zajęciach przewidzianych planem studiów.  Na podstawie dokumentacji medycznej i badania stanu zdrowia Pacjenta udzielenie urlopu zdrowotnego jest uzasadnione/nieuzasadnione\*.  Proponowany okres urlopu zdrowotnego od ……………..…………… r. do …………………………… r. | |
| Opinia lekarza w sprawie uczestnictwa w zajęciach.  W czasie urlopu student może/nie może\* uczestniczyć zajęciach. | |

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………………………….*  *miejscowość i data* | *…………………………………………………….*  *podpis i pieczątka lekarza* |

\*) niepotrzebne skreślić