



**MEDICAL UNIVERSITY OF BIAŁYSTOK**  
**FACULTY OF MEDICINE WITH DIVISION OF DENTISTRY**  
**AND DIVISION OF MEDICAL EDUCATION IN ENGLISH**  
**ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, Poland**

**ORZECZENIE LEKARSKIE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA**  
*Medical certificate concerning studies*

**Imię i Nazwisko**.....  
*Name and Surname*

data urodzenia .....  
*date of birth*

Może podjąć kształcenie na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku na Wydziale Lekarskim  
*This is to confirm that there are no contraindications to study at Medical University of Białystok at Faculty of Medicine*

Są przeciwwskazania do podjęcia kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku na Wydziale Lekarskim  
*This is to confirm that there are contraindications to study at Medical University of Białystok at Faculty of Medicine*

Zalecenia: .....  
*Recommendations*

Orzeczenie wydano uwzględniając narażenie na czynniki biologiczne, drobnoustroje chorobotwórcze, czynniki chemiczne o działaniu uczulająco-drażniącym i pracę przy monitorze ekranowym.

*The certificate has been issued after considering hazards created by biological factors, pathogenic micro-organisms, chemical agents causing allergy and irritation as well as exposure to the display screen.*

.....  
data  
*date*

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
*doctor's stamp and signature*

\* zaznacz właściwe/select the appropriate