



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 PESEL/Nr paszportu/dowodu osobistego
date of birth *PESEL/Passport/ID number*

Proszę zaznaczyć właściwe:
Please select the appropriate:

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

Niniejsze orzeczenie jest ważne do dnia (proszę podać datę następnego badania lekarskiego):
This certificate is valid till (please give date of next medical examination) – obligatory:

.....

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