|  |
| --- |
| C:\Users\Uniwersytet Medyczny\Desktop\UMB logotyp angielski.jpg**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 DOTYCZACE 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 Bialystok 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 pieczęć i podpis lekarza

 *date doctor’s stamp and signature*