**Do Komisji Lekarskiej**

 **Związku Opieki Zdrowotnej**

 **dla Szkół Wyższych**

Rok studiów………………………………………………………………………….

 Wydział ………………………………………………………………………………..

 Uczelnia ……………………………………………………………………………….

Nazwisko i imię…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce urodzenia………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Obecny zawód ojca i matki ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Student pracuje zawodowo, stypendium …………………………………………………………………………………………………………….

Podpisany prosi…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Podpis studenta ………..………………………………………….

Uwaga: nieniejszy arkusz nie może służyć jako świadectwo lekarskie. Na Komisji obowiązuje bezwarunkowo przedłożenie indeksu.

Dyrektor Kolegium Międzyobszarowych Indywidualnych Studiów Humanistycznych i Społecznych kieruje

…………………………………………………………..w/w prosi o orzeczenie ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Podpis dyrektora………………………………………………………..

Wniosek lekarski: w/w leczy się od ………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie ………………………………………………………………….. Rokowanie…………………………………………………………………

Data……………………………………….. Podpis lekarza……………………………………………………………………………………………………

Orzeczenie Komisji………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………