Pieczęć Szkoły Załącznik nr 1 do pisma znak: PO-U-432-1/2021r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek kształcenia | Tryb kształcenia1 | | Rodzaje czynników szkodliwych | Rodzaje czynników uciążliwych |  | Planowana liczba | | |
| kandydatów  do szkoły | uczniów, którym termin badania lekarskiego upływa  w 2021r. \* | niepełnoletnich kandydatów na kwalifikacyjne kursy zawodowe | niepełnoletnich uczestników kwalifikacyjnych kursów zawodowych |
| stacjonarny | niestacjonarny |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | | |  |  |  |  |

Sporządzono dnia: …………2021r. Pieczęć i podpis Dyrektora Szkoły

……………………………………………………..

1właściwe zaznaczyć

\* ze wskazaniem kierunków kształcenia oraz podstawowej jednostki służby medycyny pracy, która przeprowadzała ostatnio badania.