### Załącznik Nr 2

# Pieczęć PJSM

## WYKAZ PRZEBADANYCH KANDYDATÓW / UCZNIÓW / STUDENTÓW/

niepełnoletnich kandydatów/ słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych

Do faktury/rachunku Nr ………….………..…………/2024 r. z dnia …..……. ………2024r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Imię i nazwisko**  **adres zamieszkania** | **Data badania** | **Kierunek kształcenia (zawód)** | | **Nr z rejestru wyd. zaświadczeń/ inicjały lekarza wydającego orzeczenie** | **Badanie ogólnolekarskie  zakończone wydaniem orzeczenia (Tak/Nie)** |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
| Sporządził:  ...................................................  *(data, imię i nazwisko)*  Potwierdzam wykonanie badań w ilości ………..  Kierownik PJSMP  ...................................................  *data, podpis, pieczęć* | | | | Potwierdzam wykonanie badań w ilości …………  Dyrektor Szkoły / Rektor Szkoły Wyższej  ...............................................  *data, podpis, pieczęć*  *……………………………………..*  *Pieczęć Szkoły/Szkoły Wyższej* | | | |