

Do Komisji Lekarskiej

.....
nazwa przychodni lekarskiej¹
Rok studiów.....
Wydział.....
Uczelnia.....

Nazwisko i imię

Data i miejsce urodzenia

Podpisany prosi o

.....

UWAGA: Niniejszy arkusz nie może służyć jako świadectwo lekarskie.

Na Komisję obowiązuje bezwarunkowo przedłożenie indeksu i dokumentacji medycznej.

.....
/ podpis studenta /

Dziekan wydziału.....kieruje.....
w/w i prosi o orzeczenie

.....

.....
/ Dziekan /

Wniosek lekarski

w/w leczy się odrozpoznanie.....

Rokowanie.....

.....
/ data i podpis lekarza /

Orzeczenie Komisji

.....

.....

.....

¹ nazwa przychodni lekarskiej właściwej do świadczenia usług medycznych pracownikom studentom i doktorantom Politechniki Warszawskiej