..... …….
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej) (miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie lekarza medycyny pracy

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 3 w Gdyni)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 2061)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nauka w zawodzie)

1. **Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:**

.....

.....

.....

2. **Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczątka, podpis lekarza medycyny pracy)

Klauzula przetwarzania danych osobowych udostępniona jest na stronie www.ppp3edugdynia.pl w zakładce RODO.