Załącznik nr 6. Ramowy wzór zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wolontariusza

………………………………………………………..

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E**

|  |
| --- |
| **Część I**  W wyniku badania lekarskiego\* i oceny ryzyka/stopnia narażenia zdrowia podczas pełnienia świadczeń wolontariackich orzeka się, że:  Pan(i) ………………………………………………………………………………………………………………  (imię i nazwisko)  urodzony(a) dnia ………………………… zamieszkały(a)……………………………………………... PESEL………………………………  będąca(y) kandydatem/kandydatką\*\* do wykonywania ww. świadczeń w projekcie polskiej współpracy rozwojowej polegających na: ……..……………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  [do wypełnienia obowiązkowo opis działań w projekcie z uwzględnieniem warunków pracy]  świadczonych w ………………………. w okresie od ………………2018 r. do ……………………2018 r.  (kraj realizacji projektu) |
| Część I wypełnia kandydat na wolontariusza |
| **Część II**   1. wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych – zdolny(a) do wykonywania obowiązków wolontariusza  w projekcie\*\*. 2. wobec przeciwwskazań zdrowotnych - niezdolny(a) do wykonywania obowiązków wolontariusza  w projekcie \*\*.   ……………..…….…………………………….  (pieczęć i podpis lekarza)  …………………………………………..  (miejscowość, data) |
| Część II wypełnia lekarz |

\* minimalny zakres badań: morfologię krwi, badania ogólne moczu

\*\* niepotrzebne skreślić