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