

Załącznik nr 6. Wzór zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wolontariusza

ZAŚWIADCZENIE NALEŻY DOSTARCZYĆ
do Ministerstwa Spraw Zagranicznych: Departament Współpracy Rozwojowej, 00-580 Warszawa, al. J.Ch. Szucha 23

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 od2016 r. do2016 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)

.....

(miejsowość, data)

Część II wypełnia lekarz

* minimalny zakres badań: morfologię krwi, badania ogólne moczu

** niepotrzebne skreślić