

**Załącznik nr 6. Ramowy wzór zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wolontariusza przedkładanego przez wolontariusza organizacji wysyłającej**

.....  
(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 ..... w ....., zamieszkały(a) w .....

.....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 .....(kraj realizacji projektu)..... w okresie od .....2019 r. do .....2019 r.

Część I wypełnia kandydat na wolontariusza

**Część II – wypełnia lekarz**

- 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)

\* minimalny zakres badań: morfologia krwi, badanie ogólne moczu

\*\* niepotrzebne skreślić