

.....  
/Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą/

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących podczas wykonywania pracy wolontaryjnej orzekam, że:

Pan(i) .....  
/Nazwisko i Imię/

urodzony(a) ..... PESEL.....  
/data/

zamieszkały(a) w .....

1. wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest **zdolny(a)** do wykonywania pracy **wolontariusza akcyjnego**;
2. wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest **zdolny(a)** do wykonywania pracy **wolontariusza medycznego** oraz nie stanowi zagrożenia dla dzieci onkologicznie chorych (nie występuje ryzyko przeniesienia chorób).

W/w może podjąć pracę wolontaryjną w Fundacji dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi „Krwinka” z siedzibą w Łodzi przy ul. Rewolucji 1905r 9

.....  
pieczęć i podpis lekarza