

.....
(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. Styrskiej 4.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)