

## Sprawozdanie z realizacji badań lekarskich kandydatów / uczniów za miesiąc ...../ 2024 r.

Lp.	Nazwisko i imię kandydata / ucznia	Nazwa szkoły z adresem	Kierunek kształcenia	Lekarz medycyny pracy		Specjalistyczne badania konsultacyjne *				Specjalistyczna ocena lekarza medycyny pracy				Zakres badań		Badania kierowców **	
				W	O	O	L	N	Inne	O	OL	N	inne	diagnostyczne	analityczne	kat. A,T, B	kat. C lub C+E
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	17
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9																	
10																	

\* O- okulista, OL - otolaryngolog, N – neurolog, Inne – jakie

\*\* Pozycja obejmuje komplet badań w ramach poszczególnych kategorii prawa jazdy

.....  
pieczęć i podpis