

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego kandydata na kurs operatora.....

.....

/specjalność/

Imię i nazwisko kandydata .....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Nie stwierdza się przeciwwskazań do wykonywania zawodu operatora w specjalności jak wyżej.**

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza